UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1941-1942. — N° 32

LES HERNIES DU DIVERTICULE DE MECKEL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 10 Juillet 1942

PAR

Marcel-André FROIS

Licencié ès sciences

Né à BAYONNE (Basses-Pyrénées), le 31 Décembre 1916

Examinateurs de la Thèse	MM. JEANNENEY, professeur	*Président.*
	CHARRIER, professeur	*Juges.*
	MASSE, agrégé	
	MAGENDIE, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1942

FROIS (Marcel-André)

Les Hernies du diverticule de Meckel. — Bordeaux, Delmas, 1942. In-8°, 70 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 32*).

FROIS (Marcel-André)

Les Hernies du diverticule de Meckel. — Bordeaux, Delmas, 1942. In-8°, 70 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 32*).

FROIS (Marcel-André)

Les Hernies du diverticule de Meckel. — Bordeaux, Delmas, 1942. In-8°, 70 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 32*).

FROIS (Marcel-André)

Les Hernies du diverticule de Meckel. — Bordeaux, Delmas, 1942. In-8°, 70 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1941-1942. N° 32*).

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1941-1942. — N° 32

LES HERNIES DU DIVERTICULE DE MECKEL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 10 Juillet 1942

PAR

Marcel-André FROIS

Licencié ès sciences

Né à BAYONNE (Basses-Pyrénées), le 31 Décembre 1916

Examinateurs de la Thèse :

MM. JEANNENEY, professeur ..... *Président.*

CHARRIER, professeur .....

MASSE, agrégé ..... } *Juges.*

MAGENDIE, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.
ASSESSEUR : M. LABAT.
DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, BEILLE, CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ABADIE.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurg. et gynécol.	JEANNENEY.	Clinique ophtalmologique	N...
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique gén.	CARLES.	Clin. méd. des mal. des enfants.	N.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DAMADE.	Physique méd. et pharmaceutique.	WANGERMEZ.
Anatomie	VILLEMIN.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Hygiène	LEURET.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	ILMAS-MARSALET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	RÉCHOU.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérap. et climatol.	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). CHARRIER (Chirurgie générale). FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	POUYANNE.
Physiologie	FRANCK.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	MAHON.
id.	DE GRAILLY.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	FONTAN.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	N...
id.	DERVILLÉE.	Physique médicale	N...
id.	SARIC.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU.
id.	DUBARRY.	Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	LOUBAT.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	GRANGER.
id.	DARGET.	Histoire natur. méd. et parasitol.	R. MANDOUL.
id.	MAGENDIE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	N...	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
		Physique méd. et pharmaceutique.	N...
Accouchements	RIVIÈRE.	Anatomie	J. BEAUVIEUX
Puériculture	FAUGÈRE.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLÉE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	LIARD.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MON PERE, A MA MERE

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur G. JEANNENEY

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique.
Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le cancer.
Membre correspondant de l'Académie de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

LES

HERNIES DU DIVERTICULE DE MECKEL

INTRODUCTION

L'idée de ce travail nous a été suggérée par M. le Docteur Goumain, à la suite d'une observation recueillie dans le service de M. le Professeur Jeanneney.

Il s'agissait d'un malade admis d'urgence pour hernie étranglée. A l'opération, on trouve, au lieu d'une anse intestinale, un diverticule de Meckel.

A cette occasion, nous avons cherché dans la littérature médicale les thèses, publications et observations se rapportant à ces hernies du diverticule, encore appelées hernies de Littre. La lecture des cas publiés nous a conduit à les rassembler, à les comparer, essayant ainsi d'en dégager les éléments caractéristiques, et ceci constitue le sujet de notre thèse.

Les hernies du diverticule se présentent sous divers aspects, que nous envisagerons successivement.

Au cours d'une cure radicale de hernie, on peut découvrir le diverticule seul dans le sac, plus ou moins adhérent, n'ayant donné lieu à aucun symptôme pouvant attirer l'at-

tention du malade ou du chirurgien : c'est là une forme rare.

Plus souvent, les hernies de Littre se manifestent par des accidents aigus, qui peuvent être de deux ordres :

La diverticulite herniaire : C'est l'inflammation aiguë du diverticule dans un sac de hernie. Elle évolue habituellement avec un minimum de signes cliniques, et, lorsqu'elle n'est pas traitée, aboutit à un phlegmon stercoral, dont le pronostic est favorable.

L'étranglement du diverticule : De connaissance plus récente. Le tableau clinique est celui du pincement latéral ou de l'étranglement de l'épiploon. Les lésions diverticulaires au début sont celles de l'étranglement herniaire.

Nous envisagerons en dernier lieu les hernies comprenant à la fois le diverticule de Meckel et l'anse intestinale sur laquelle il s'implante. La présence du diverticule à l'intérieur du sac peut donner lieu à une symptomatologie et à une évolution différente de celle des hernies étranglées en général.

Notre plan sera donc le suivant :

I. Historique.
II. Etiologie.
III. Hernies simples du diverticule.
IV. Diverticulite herniaire.
V. Etranglement du diverticule.
VI. Hernies avec anse intestinale et diverticule.
VII. Traitement.
VIII. Conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La connaissance des hernies diverticulaires remonte à l'année 1700, avec les travaux de Ruysh, Littre, Mery.

Les diverticules intestinaux étant inconnus avant cette époque, c'est en même temps toute la pathologie du diverticule qui débute avec l'étude de ces hernies.

Il semble que c'est Ruysh qui, le premier, a entrevu la possibilité de production de hernie diverticulaire, donnant lieu à des symptômes entièrement différents de ceux qui accompagnent les hernies ordinaires. Dans ses Observationum anatomico-chirurgicarum Centuria, datant de 1698, et publiés en 1707 dans le *Thesaurus Anatomicus Septimus*, il écrit : « Diverticulum quod cæcum, sacci instar dependet cujus extremum caput canis representat... Ejusmodi diverticula, ut plurimum, si non semper in ileo occurrunt et cum ileo maxima parte hypogastrium occupet contigere potest, in bu bonocele tale diverticulum continueri in illo tumore hernioso nullis sequentibus symptomatibus quae herniam inguinalem concomitantur. »

Ce raisonnement judicieux ne devait pas tarder à trouver une confirmation, et, deux années plus tard, Littre publiait les deux premières observations dans les Mémoires de l'Académie Royale des Sciences, et en déduisait des conséquences cliniques qui sont restées classiques. Il écrit notamment : « Le 30 juin 1699, j'ouvris le cadavre d'un homme fort charnu, mort subitement à l'âge de 48 ans avec une hernie à l'aine gauche qui avait commencé après un effort cinq ans avant sa mort et qui était insensiblement descendue jusqu'au fond du scrotum. Parcourant les intestins grêles de ce cada-

vre les uns après les autres et étant parvenu vers la fin de l'iléon, je m'aperçus qu'il était arrêté par une de ses parties dans le sac de la hernie; j'eus de la peine à l'en retirer, quoiqu'il n'y fût retenu par aucune adhérence. La circonférence entière du corps de l'intestin ne formait pas cette hernie, comme il arrive ordinairement, mais seulement la partie opposée à celle qui est attachée immédiatement au mésentère. Cette partie d'intestin avait d'abord été engagée dans les anneaux de l'aine à l'occasion d'un relâchement que l'effort dont j'ai parlé avait causé au péritoine par la contraction alternative des muscles du ventre et du diaphragme, par la pente du lieu, par le mouvement vermiculaire des intestins et par la pesanteur de la matière contenue dans la cavité des intestins; parce que les parois des anneaux de cet homme fort charnu, ayant fortement résisté à leur écartement, avaient refusé l'entrée du reste de la circonférence du corps de l'intestin... L'extrême différence que l'on constate entre l'appendice naturel au cæcum et l'appendice contre nature à l'iléon me semble une preuve que le dernier appendice n'a pas été fait avec son intestin dans le temps de la première conformation, mais fort après. »

Dans sa deuxième observation Littre décrit « un appendice lisse représentant un cône dont la base est tournée du côté du corps de l'intestin, lequel est resté de calibre normal : le diverticule est aplati devant et derrière, un peu au-dessous des anneaux ».

Vers la même époque, Méry publie également dans les *Mémoires de l'Académie royale des sciences* (1701) l'observation d'un jeune homme de 18 ans « affecté d'une hernie scrotale, vomissant des matières fécales depuis quatre ou cinq jours; tentatives de réduction. Après un certain temps la tumeur disparut presque entièrement. Il resta seulement dans l'aine une espèce de cordon qui, en se prolongeant jusque dans le fond du scrotum, diminuait insensiblement de grosseur. Mort après un mieux apparent un jour après, la tumeur s'était reproduite. A l'autopsie on trouve un intestin

grêle enflammé; dans les bourses on trouve un repli de l'iléon, qui, déployé, avait 4 ou 5 pouces de long; il était vide, ses membranes épaisses, sa couleur d'un rouge très foncé et ses vaisseaux très gonflés. Les trois derniers caractères étaient des preuves évidentes que cet intestin avait souffert un étranglement dans les anneaux des muscles. »

Méry rejette également l'hypothèse de la formation primitive et admet que le diverticule est une formation secondaire, une diverticulisation de l'intestin : « On peut bien supposer que le cul-de-sac de l'iléon s'étant présenté un grand nombre de fois à l'embouchure des anneaux des muscles du ventre, il n'y a eu qu'une portion de sa circonférence qui s'y soit engagée, ce qui l'a rétrécie, et il y a lieu de croire que les matières qui y ont coulé ayant fait effort sur cette partie, ont pu l'allonger peu à peu de 2 à 3 pouces, ce qui paraît fort conforme à la vérité. »

Toujours dans le même esprit, Richter, en 1788, explique ainsi la formation des diverticules dans son *Traité des hernies* : « Lorsque le côté pincé d'un intestin reste longtemps dans l'anneau ou dans une autre fente quelconque de la circonférence du bas-ventre, il peut être distendu peu à peu par les vents et les excréments et être changé en un sac long ou espèce de bourse. »

Dans le courant du siècle, parurent les travaux de Wrisberg, de Fabrice, de Hilden, de Günz, de Walther, d'Amyand, de Vylhoorn, de Palfyn; tous adoptaient les vues de Littre sur le mécanisme de formation des diverticules intestinaux.

Cependant, dès 1741, Morgagni avait entrevu la vérité et écrivait : « Gardez-vous bien de croire que les diverticules soient tous contre nature et surtout qu'ils soient tous formés par un côté de l'intestin tombé dans le petit sac d'une hernie : ceux qui ont des fibres aussi remarquables que dans l'intestin existent depuis la naissance. »

Mais ce n'est qu'au début du siècle suivant que l'origine de cet appendice iléal ou, comme on l'appelait encore, digitiforme, commence à être l'objet de longues controverses, qui

contribuèrent à éclaircir cette question. Les interprétations des premiers auteurs furent alors revisées, et, lorsque la notion de diverticule congénital fut nettement établie, on ne considéra plus les diverticules comme conséquence des hernies, mais, au contraire, certaines hernies comme des affections du diverticule.

C'est Meckel qui, le premier, établit l'origine congénitale du diverticule : « Il faut chercher, dit-il, l'origine de ces prolongements dans la communication entre la vésicule ombilicale et le canal intestinal. » Nombreuses furent les objections, les contradictions. Il eut à réfuter les théories de Friedmann, de Oken, de Lucae. Finalement, il eut gain de cause; par la suite, ses idées furent adoptées, et c'est à juste titre que ce diverticule fut nommé diverticule de Meckel.

Nous avons cru bon d'insister sur cette question, car il est intéressant de noter que les hernies intestinales furent pendant plus d'un siècle les seules manifestations connues des accidents diverticulaires; tandis qu'à l'heure actuelle les hernies de Littre venant, par ordre de fréquence, après d'autres accidents tels que occlusions, diverticulites, perforations d'ulcère peptique, ne comportent guère que 10 p. 100 environ des affections d'origine diverticulaire, ayant ainsi perdu beaucoup de leur importance.

Durant le XVIII[e] siècle, la hernie de Littre fut surtout étudiée en Allemagne. Riecke (1841), Raesfeld (1852), Wallenstein (1868), Hager (1884), consacrèrent à ce sujet leur thèse inaugurale. Citons également les mémoires de Ekehorn (1901) et de Payr (1902), qui rassemblèrent près de 40 observations.

En France, Broca, dans sa thèse sur l'étranglement herniaire (1857), trace un court historique de la question et réunit quelques observations de hernies du diverticule.

Cazin, dans sa thèse (1862), passe en revue les affections du diverticule de Meckel : les hernies y sont longuement étudiées.

Dans le *Montpellier médical*, Tedenat étudie les différences existant entre le pincement latéral herniaire et la vraie hernie de Littre.

Citons encore les thèses de Franchomme (1893), de Blanc (1899), de Grandjean (1901-1902). Les observations longuement commentées de Dutil et Temoin (1886), de Michel (1905).

En 1907, Forgue et Riche publient une étude très détaillée sur la pathologie du diverticule de Meckel. Un chapitre important est réservé aux hernies de Littre, dont ils donnent l'analyse de 52 cas : ouvrage très complet auquel nous avons fait de nombreux emprunts.

Pabst, en 1910, réunit plus de 100 observations. Duprat (1923) consacre sa thèse à l'étude de l'étranglement du diverticule de Meckel dans les hernies crurales.

En 1934, thèse de Potier; en 1938, thèse de Périer. Entre temps, Salmon et Dor publient un mémoire où ils donnent un tableau détaillé de 37 cas de hernies étranglées.

Enfin, pour terminer cet exposé, nous énumérerons quelques noms d'auteurs qui ont, ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger, relaté des observations de hernies de Littre :

Pollidori (1930), Couniot et Morice (1931), Folliasson (1932), Fèvre (1932), Sapienza (1933), Meyer May (1935), Brunetti (1936), Perrignon de Troyes, et du Bourguet (1937), Weinstein (1938), Strohl et Arthur (1939), Goumain (1941).

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

1° L'existence d'un diverticule de Meckel est une anomalie relativement rare. Les statistiques donnent sur ce point des résultats variés :

0,14 % des sujets (Balfour);
0,4 % (statistique du Vanderbilt hospital);
0,8 % (Christophe);
0,9 % (Pabst);
1 % (Bottard);
2 % (Augier);
2,4 % (Mitchell).

2° Fréquence des hernies diverticulaires en tant qu'affection du diverticule : Forgue et Riche donnent le chiffre de 10 %, chiffre correspondant à ceux de Utter et de Miller et Wallace (cités par Périer).

3° *Age*. — Indifférent.

4° *Sexe*. — Nette prédominance du sexe masculin. Notre statistique, qui ne porte que sur les cas publiés depuis 1907, montre que sur 50 cas on trouve 33 hommes pour 17 femmes. La statistique de Forgue et Riche, antérieure à 1907, était de 38 hommes pour 11 femmes.

Il est à noter que le diverticule se rencontre beaucoup plus souvent chez l'homme (8 fois sur 9 environ).

5° *Nature :*

a) Prédominance des hernies inguinales sur les crurales. Rareté des hernies ombilicales.

Sur 50 cas, on trouve :

27 hernies inguinales, soit 54 %;
19 crurales (38 %);
4 ombilicales (8 %).

Ces chiffres correspondent sensiblement à ceux donnés par Rieffel (1905) :

60 % inguinales, 30 % crurales, 5 % ombilicales, 5 % obturatrices.

D'après Forgue et Riche (1907), 80 % inguinales.

D'après Pabst (1910), 75 % inguinales.

b) Cependant, chez la femme, la hernie crurale est plus fréquente que l'inguinale. Sur 19 hernies crurales, on trouve :

13 femmes et 6 hommes,

soit les deux tiers des cas environ.

La même proportion est donnée par Weinstein (1938) : 16 cas sur 24.

6° *Siège.* — Les hernies droites sont de beaucoup les plus fréquentes : 95 % des cas.

Les statistiques antérieures donnent des chiffres plus faibles : 83 % (Rieffel) : 66 % (Forgue et Riche).

7° De tout ceci il résulte que c'est la hernie inguinale droite, chez l'homme, qui est la forme la plus fréquente des hernies de Littre (environ 50 % des cas); puis vient en second lieu, la hernie crurale droite chez la femme (25 % des cas).

8° Nous terminerons ce chapitre par un tableau analytique des observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale depuis l'année 1907.

		Nature	Siège	Sexe	Age	Vomissements	Arrêt des matières et des gaz
1907	Jaboulay	C	D	H	44	—	—
1910	Guichard	C	D	F	66	+	—
1910	Hustin	C	D	H	8	»	»
1913	Reverchon	I	D	H	22	+	+
1914	Dejouany	I	D	H	23	—	—
1914	Weill	C	»	H	»	+	—
1921	Dainville	I	D	H	56	—	—
1921	Moutier	»	»	H	55	+	—
1921	Quenu	I	D	H	»	—	—
1922	Mc Glannan	C	D	H	40	—	—
1922	Morici	I	D	F	»	—	—
1922	Sinclair	C	G	F	55	+	—
1923	Bianchi I	I	D	H	8	—	—
1923	Bianchi II	O	»	H	5	—	—
1923	Carlo	I	D	H	77	—	—
1923	Duprat	C	D	F	56	+	+
1924	Humbert	O	nouveau-né		»	»	»
1924	Littler	C	D	F	52	+	»
1925	Marinacci	C	»	H	64	»	—
1925	Mathews	I	D	H	22	»	»
1926	Cresson	I	G	H	1 m 1/2	»	—
1927	Muller	O	»	F	48	+	—
1927	Schockaert	C	D	F	39	+	»
1928	Reid	I	D	F	66	+	»
1928	Sicard	O	»	F	60	—	—
1928	Bani	I	D	H	32	+	+
1930	Pollidori I	I	D	H	59	—	»
1930	Pollidori II	C	D	F	62	—	»
1930	Sweet	C	»	H	75	»	»
1931	Couniot	I	D	H	45	+	+
1931	Donati	C	D	F	79	—	—
1931	Morice	I	D	H	30	+	—
1932	Fevre	I	D	H	2	»	»
1932	Folliasson	I	D	H	11	—	—
1933	Fitz Gerald	I	D	H	65	—	—
1933	Salmon	C	D	F	66	+	+
1933	Sapieuza	I	D	H	18	—	—
1934	Minne	I	D	H	2	—	—
1934	Potier I	C	D	F	72	+	—
1934	Potier II	C	D	F	67	+	—
1934	Potier III	C	D	F	70	+	—
1935	Bettinelli	I	D	H	54	—	—
1935	Meyer May	I	D	H	23	+	»
1936	Brunetti	I	D	H	6	—	—
1937	Dimitriu	I	D	H	12	»	—
1937	Perrignon	I	D	H	68	—	—
1938	Perier	I	D	H	33	+	»
1938	Weinstein	C	D	F	49	—	—
1939	Strohl	C	»	F	48	»	»
1940	Ramarony	I	D	H	69	—	—
1941	Goumain	I	D	H	41	—	—

CHAPITRE III

HERNIES SIMPLES DU DIVERTICULE

Le diverticule de Meckel, dans une forte proportion (8 fois sur 10), est libre dans la cavité abdominale. Rarement il est pourvu d'un méso; implanté sur la partie terminale de l'iléon, mobile avec lui, il réalise les conditions nécessaires pour pouvoir venir occuper toutes les positions possibles dans l'abdomen.

Si ce diverticule se trouve en rapport avec un point de moindre résistance de la paroi, il pénètre au travers, et réalise ainsi une hernie de Littre, toutes les causes étiologiques invoquées pour les hernies en général (rôle de la pression abdominale, du sac congénitalement préformé) étant valables pour les hernies diverticulaires.

I. — Le diverticule peut être libre dans le sac herniaire, mais le plus souvent il est adhérent aux parties voisines. Chez un malade de Mignon, le diverticule était aplati et adhérent au fond et à la partie externe du sac; il avait une longueur de 7 centimètres et un calibre égal à celui de l'iléon. Mc Glannan rapporte également l'observation d'un homme âgé de 40 ans, envoyé à l'hôpital pour une hernie crurale droite qui était en partie réductible et qu'il présentait depuis trois ans. Le travail du malade l'obligeait à faire de longues randonnées à cheval et il accuse cet exercice d'avoir contribué à la production de sa hernie. Il n'a jamais eu de symptôme, d'étranglement ou d'inflammation. A l'opération on

trouve une poche adhérente au sac par son extrémité libre; une traction sur cette poche montre qu'il s'agit d'un diverticule implanté sur le bord convexe du grêle.

Malgré l'absence de tout système alarmant, le diverticule peut présenter des signes très nets d'inflammation : chez un enfant opéré par Folliasson, on constatait à l'ouverture du sac la présence d'un segment intestinal adhérent qui fut pris pour une anse grêle : il s'agissait, en réalité, d'un volumineux diverticule de Meckel de la grosseur et de la longueur du pouce, dont la pointe était fixée au sac par des adhérences très serrées et dont la base, très légèrement tordue sur elle-même, s'implantait largement sur l'intestin. Le diverticule était rouge, enflammé, renflé et un peu bosselé à son extrémité; son aspect rappelait celui d'un appendice en crise subaiguë. La muqueuse était très épaisse, et l'auteur signale la menace de diverticulite et de péritonite, « l'infection étant extrêmement fréquente sur les diverticules herniaires ».

Dans un cas de Bland-Sutton, il existait un kyste sacculaire qui était si solidement adhérent au bout inférieur du diverticule « qu'il fut nécessaire de le détacher par des incisions laissant un morceau circulaire adhérent à l'extrémité de l'intestin ». Von Karajan, Dejouany, Howse, ont rapporté des observations analogues d'adhérence au sac herniaire.

Siron, opérant une hernie inguinale, reconnaît dans le sac un diverticule de Meckel large comme un pouce, long de 7 à 8 centimètres, terminé en cul-de-sac, et venant adhérer au fond, près de la tête de l'épididyme.

Ces cas d'adhérence au testicule ne sont pas rares : Annandale, Mariotti, Ekehorn, en citent quelques-uns. Ce dernier croit voir là un mécanisme possible de production des hernies. Le diverticule, au cours de la période fœtale, se fixerait au testicule, et, dans sa descente, serait entraîné avec lui dans les bourses; il s'agirait non pas d'une adhérence inflammatoire, mais de l'insertion sur le testicule du filum terminale, vestige de la portion distale atrophiée du conduit omphalo-mésentérique. Mais il y a là une erreur : le filum

terminale, par son origine même, se rattache non pas au testicule, mais à l'ombilic, et la persistance de ce cordon expliquerait plutôt la production de certaines hernies ombilicales du diverticule de Meckel.

Une observation de Jean Humbert nous en fournit un exemple : il s'agit d'un nouveau-né de quelques heures dont la presque totalité des intestins est éviscérée et contenue dans un pansement. « Le grêle presque tout entier est au dehors, ainsi que le cæcum, avec l'appendice et une partie du côlon ascendant. On arrive sur le diverticule de Meckel, facilement identifiable, mais on s'aperçoit qu'un cordonnet rougeâtre peu élastique de 4 à 5 centimètres de long, gros comme une forte soie, relie un point de la surface du diverticule voisin de son point culminant à la face interne du cordon dans sa portion dilatée. Réintégration des anses après nettoyage au sérum chaud. Décès le lendemain de l'opération. Le diverticule n'ayant pas subi l'involution habituelle et n'étant pas entré dans la cavité abdominale, au cours du troisième mois intra-utérin, s'est trouvé exclu par la rétraction de l'ombilic, et la réintégration spontanée s'est trouvée impossible. Il est alors demeuré appendu à l'ombilic, revêtu du cordon jusqu'à la fin de la gestation. La déchirure de la gaîne amniotique a dû se faire après l'expulsion du fœtus, puisque la ligature a été posée à dessein à distance de l'ombilic. Et sous la poussée des parois abdominales, les anses sont venues à la remorque du diverticule faire issue hors de l'abdomen. » Hormis ces cas exceptionnels, la théorie du mécanisme de production des hernies par adhérence de Ekehorn ne semble pas devoir être retenue.

Dans tous ces cas observés, les diverticules étaient adhérents; doit-on en conclure que le diverticule de Meckel inclu dans un sac herniaire y contracte toujours des adhérences ? Non, car on peut supposer que si le diverticule hernié avait été absolument libre et par suite facilement réductible, le chirurgien ne l'aurait pas trouvé dans le sac du fait de sa réduction spontanée dans l'abdomen, soit pendant l'anesthésie, soit pendant la dissection des enveloppes du sac, le

diagnostic de hernie diverticulaire devenant dans ces conditions impossible.

Cependant ces adhérences se rencontrent plus souvent que dans les hernies ordinaires, et ceci est très probablement en rapport avec une inflammation chronique ou subaiguë du diverticule.

La forme la plus fréquente est la hernie inguinale droite : sur un total de 12 observations on trouve 11 hernies inguinales droites et 1 hernie crurale droite.

II. — Cliniquement, les hernies du diverticule se distinguent des hernies de l'intestin par quelques signes précis, mais rarement recherchés. Ce sont des hernies en général peu volumineuses n'attirant pas l'attention du malade.

L'absence d'impulsion à la toux est notée par Howse, par Sapienza.

L'irréductibilité est également mentionnée; elle est due aux adhérences contractées par le diverticule. Chez un malade de Sapienza, la hernie, apparue dès la fin du premier mois de la vie, fut facilement réductible et contenue par un bandage jusqu'à l'âge de 18 ans, sans provoquer de trouble notable. Le malade vient consulter parce que, depuis quelque temps, la hernie avait perdu la faculté de se réduire, et la ceinture mal appliquée provoquait une douleur locale avec irradiation lombaire. Il s'agissait d'un diverticule hernié dont le sommet était adhérent au fond du sac.

Plus souvent la hernie est réductible, mais pas complètement. Il subsiste dans la région inguinale ou dans la partie supérieure de la bourse une tuméfaction allongée, ou un cordon dur, arrondi, de consistance élastique, doublant les éléments du cordon inguinal : signe d'une grande valeur, noté dans les observations de König, Bland-Sutton, Mignon, Folliasson, Minne et Deburge. Cette constatation suffit, d'après Fèvre, pour poser l'indication opératoire : « Le petit M... (Bernard), deux ans, vient de présenter un syndrome typique de hernie étranglée droite. La hernie est rentrée au bain,

mais une surveillante avertie, mais un interne de garde attentif trouvent que la région scrotale droite reste un peu plus volumineuse. A la palpation, nous percevons avec une netteté absolue un cordon élastique et cylindrique qui sort de l'anneau inguinal et double les éléments du cordon. Nous jugeons prudent d'intervenir : le cordon cylindrique était un diverticule de Meckel. Résection. Guérison simple. »

III. — Le diagnostic repose donc sur ces quelques signes : une hernie inguinale droite, peu volumineuse, partiellement réductible, laissant subsister un cordon dur arrondi, ou encore une hernie congénitale devenue irréductible et douloureuse depuis un certain temps : ces éléments pourront aiguiller un chirurgien averti vers le diagnostic de hernie diverticulaire sans qu'il puisse cependant préciser s'il s'agit d'une hernie du diverticule de Meckel ou de l'appendice cæcal.

Les hernies appendiculaires se présentent, en effet, avec une symptomatologie très voisine de celle des hernies de Littre, et la confusion est inévitable.

Les hernies épiploïques adhérentes au sac ont également de nombreux points communs avec les hernies du diverticule, et cette erreur de diagnostic se retrouve dans les observations de Mignon et de Minne et Deburge.

D'après Blanc, le cordon résiduel, après réduction, serait irrégulier et lobulé dans les hernies épiploïques et se distinguerait du cordon dur, arrondi, de diamètre intestinal, dans les hernies du diverticule et du cordon, également arrondi et dur, mais de volume moindre, dans les hernies appendiculaires.

Mais presque toujours le diagnostic de hernie de Littre se fera à l'opération.

Dans certains cas, ce diagnostic est évident : le siège (insertion sur la terminaison de l'iléon), la forme, rappelant un segment d'intestin, un index, un pouce, la longueur d'environ 10 centimètres, tous ces caractères ne laissent aucun doute sur la nature congénitale du diverticule.

Si, par contre, le diverticule a une insertion intestinale atypique, si sa base d'implantation est très large, si sa forme générale est arrondie, presque sphérique, on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une hernie de la muqueuse intestinale, connue sous le nom de hernie tuniquaire de Cruveilhier. Il sera indiqué alors de compléter le diagnostic par un examen microscopique du diverticule réséqué : la présence d'une double tunique musculaire, d'une muqueuse pouvant présenter des glandes en grappes analogues à celles existant dans la région pylorique, différencient d'une manière absolue les diverticules congénitaux des faux diverticules, qui ne présentent jamais de fibres musculaires ni de glandes en grappes.

CHAPITRE IV

DIVERTICULITE HERNIAIRE

L'inflammation aiguë du diverticule de Meckel est connue depuis Körte, Picqué, Macaigne et Blanc sous le nom de diverticulite, et, de même qu'il existe des inflammations chroniques de l'appendice et des appendicites, il existe des inflammations chroniques du diverticule et des diverticulites.

Un diverticule peut donc s'enflammer sans l'intervention d'un anneau herniaire, puisqu'il peut y avoir diverticulite sans hernie.

Les conditions d'apparition ? Blanc, Forgue et Riche nous disent : les corps étrangers, les traumatismes et, enfin, l'infection spontanée sans raison apparente. Il est indéniable alors qu'un diverticule placé dans des conditions très spéciales, sujet à de nombreux traumatismes, soumis à des torsions, à des tractions, pouvant être comprimé à sa base, réalisant ainsi l'infection en vase clos, soit susceptible de faire de la diverticulite.

Le raisonnement à lui seul nous permet donc de prévoir l'existence d'une diverticulite herniaire : de nombreuses observations fournissent la preuve de cette existence, et nous allons voir successivement les différentes raisons étiologiques, anatomiques et cliniques qui nous font penser que les accidents de certaines hernies de Littre sont dus manifestement à une inflammation aiguë ou subaiguë du diverticule.

I. — Dès 1700, Littre avait établi les causes d'inflammation des hernies diverticulaires :

1° lorsque la matière contenue dans la cavité de cet appendice est trop épaisse, trop abondante;

2° lorsque les humeurs renfermées dans leurs membranes y causent une fluxion;

3° lorsque les mêmes accidents arrivent aux anneaux des aines;

4° lorsqu'il y a dans le voisinage de ces appendices quelque tumeur ou un corps étranger qui vient à les comprimer;

5° lorsqu'un coup, une chute, un brayer trop serré fait à ces appendices une compression, une contusion.

De tout ceci nous retiendrons surtout les cas de diverticulite herniaire par inclusion de corps étrangers ou de matières dures qui irritent la muqueuse et provoquent l'infection.

Cette étiologie est bien connue dans les diverticulites simples. Forgue et Riche citent les cas de Beale, Denucé, Körte, où le diverticule était enflammé par des noyaux de cerises; les cas de Blum, Piquand, Grenet, Hollander, où la diverticulite était due à des arêtes de poisson; à un peloton d'ascarides dans une observation de von Karajan.

Ces mêmes causes ont été invoquées dans la pathogénie des appendicites (théories de Foster, Roux, Talamon).

Par ailleurs, il n'est pas exceptionnel de voir des hernies simples s'enflammer par suite de corps étrangers accumulés dans une anse herniée : ce n'est autre chose que la péritonite herniaire, seul vestige du chapitre des hernies enflammées dont Broca s'était fait le défenseur. Il est des cas qui sont classiques : celui du rôtisseur, cité par Patel, dont l'intestin contenait un pied d'alouette. Celui de Stocker, qui trouva dans l'intérieur d'une hernie un amas considérable de métacarpiens de grenouilles. Ackermann en a réuni une quarantaine de cas. « Dans toutes ces observations, le corps étranger a perforé l'intestin et il y eut toujours péritonite herniaire plutôt qu'étranglement, les adhérences au collet du sac empêchant la péritonite de se généraliser. » (Picot.)

Ce qui est vrai pour un diverticule libre, un appendice ou un segment intestinal, est également vrai pour une hernie de Littre, les observations qui suivent en sont la preuve.

Dans un cas de Martin (de Bordeaux), l'inflammation du diverticule est due à la présence d'ascarides :

C... (Pierre), 40 ans. Hernie crurale datant de sept à huit ans du côté gauche, rentrant aisément et contenue avec facilité. Il s'est formé au-dessous de l'arcade une tumeur s'étendant dans les environs du pli de la cuisse, d'un rouge foncé, élevée en pointe menaçant de tomber plutôt en pourriture qu'en suppuration (proposition d'ouverture par le bistouri : refus).

Ouverture spontanée trois jours après. Il en sortit plusieurs vers très gros avec un fluide qui avait la couleur et l'odeur des excréments. La gangrène de ces parties arriva sans avoir été précédée ni suivie de vomissements. Le ventre a toujours été mou, sans douleur ni tension; il n'y a eu ni colique, ni arrêt dans le cours des matières. Il s'établit une fistule stercorale. Le malade mourut au bout d'un mois.

On retrouve la même étiologie dans une observation de Escher, publiée par Forgue et Riche : « Il s'agit d'une femme de 35 ans qui portait depuis trois ans une hernie crurale, survenue, disait-elle, après l'ouverture d'un abcès qui avait donné issue à des ascarides. Dans la paroi du sac, on trouve un cordon reconnu comme diverticule de Meckel. » D'après l'auteur, il y aurait eu là diverticulite antérieure, provoquée par les ascarides avec formation d'abcès et production secondaire de la hernie.

P. Broca cite dans sa thèse d'agrégation l'observation suivante, due à Amyand :

Petit garçon de 11 ans. Hernie ancienne. Il s'est établi il y a deux mois une petite fistule stercorale qui s'ouvre entre le scrotum et la cuisse. Il n'y a aucun accident aigu, mais la tumeur et la fistule sont incommodes et l'enfant entre à l'hôpital pour y subir une opération. Le sac ouvert, on trouve dans la hernie une peu d'épiploon et un intestin terminé en cul-de-sac qu'on prend pour l'appendice cæcal. Une épingle incrustée de matière pierreuse a perforé cet intestin, et telle est la cause de la fistule stercorale. L'épiploon est excisé. L'appendice intestinal est lié à deux pouces au-dessus de

l'épingle et excisé au-dessous de la ligature. Aucun accident. Le dixième jour, la ligature tombe, les matières fécales ne sortent plus; au bout d'un mois, la guérison est complète.

Dans une observation due à Taignon, l'inflammation reconnaît pour cause la présence de matières fécales très dures.

Femme de 60 ans. Hernie crurale étranglée. Efforts violents pour la réduire : la tumeur devient livide et il se forme en son milieu un petit trou qui livre passage à un suintement fétide. On l'ouvre; on voit un bout d'intestin assez long, gangréné et rempli de matières fécales très dures. Impossibilité d'établir un anus contre nature en raison de l'état des parties; pansement simple. Les selles, qui n'avaient pas cessé, continuèrent de se faire par l'anus. Guérison au bout de deux mois.

Dans *Il Policlinico* (1925), Marinacci rapporte l'observation d'un homme de 64 ans opéré avec le diagnostic de hernie crurale irréductible et douloureuse sans arrêt des matières ni des gaz. A l'opération, on trouve un diverticule irrité par des fragments d'os disposés transversalement dans le diverticule et usant ses extrémités. Résection avec suture termino-terminale. Guérison.

Chez un malade de Farcy, le diverticule était également rempli d'os de pieds de mouton.

Tout récemment, Perrignon de Troyes et du Bourguet ont publié dans le *Bulletin de la Société de chirurgie* un cas d'étranglement d'un diverticule de Meckel bourré de corps étrangers dans un sac de hernie inguinale congénitale. Il s'agit d'un homme âgé porteur d'une hernie habituellement réductible. Depuis cinq jours, il n'a pu la réduire et elle est devenue douloureuse. Température, 37°2. Pas de vomissement ni d'arrêt des matières et des gaz. A l'opération, on se rend compte que la tumeur herniaire est implantée latéralement sur le bord libre du grêle. En raison de l'altération des tissus, résection en coin du diverticule, drainage.

Suites normales. L'examen du diverticule montre qu'il s'agissait de débris de noyaux d'olive.

Dans certains cas, la diverticulite traumatique peut évoluer avec un minimum de signes. Quenu rapporte le cas d'un manœuvre présentant une hernie inguinale droite, devenue irréductible depuis six mois. A l'opération, on trouve dans le sac un segment intestinal adhérent sur toute la longueur : il s'agit d'un diverticule de Meckel contenant un corps étranger dur et arrondi, mobile, passant facilement du diverticule dans le grêle. Le diverticule a la forme d'un doigt de gant; muqueuse normale; la surface extérieure présente des traces d'inflammation, des taches dépolies et des suffusions hémorragiques. Le corps étranger est constitué par un calcul formé d'un noyau de prune entouré d'une concrétion de sels de chaux.

Telles sont les observations que nous avons pu réunir sur les diverticulites traumatiques herniaires; quelques-unes (celles de Martin, d'Amyand, de Taignon) sont rapportées dans la thèse de P. Broca, et ce dernier insiste sur ces hernies diverticulaires manifestement enflammées, car elles sont pour lui un argument sérieux en faveur de l'inflammation des hernies en général : « L'étude de ces hernies, dit-il, est propre à jeter un certain jour sur les accidents qui accompagnent l'inflammation herniaire. » Ce qui est en partie inexact, car, en raisonnant ainsi, Broca prend l'exemple d'un cas particulier pour démontrer un cas général, et ce qui est vrai pour les hernies de Littre ne l'est pas pour toutes les hernies, un diverticule de Meckel n'ayant ni la physiologie, ni la constitution anatomique de l'intestin.

II. — Il est des cas dans lesquels l'examen anatomo-pathologique montre indiscutablement l'existence d'une inflammation du diverticule sans qu'il y ait la moindre trace d'étranglement. Dans un premier stade, le diverticule hernié est seulement un peu plus rouge que normalement. A un degré plus avancé, la surface se recouvre de fausses membranes, qui viennent adhérer aux parois du sac, s'ajoutant aux adhérences anciennes; le diverticule prend une teinte violacée.

Si l'inflammation se poursuit, il se produit des perforations; celles-ci siègent à l'extrémité du diverticule ou à la base. Elles sont le résultat soit d'un processus ulcératif analogue à celui de l'appendicite perforante, soit d'une gangrène locale, soit encore de la perforation d'un ulcère peptique du diverticule (Meyer May). Dans les cas où l'inflammation est très intense, le diverticule se trouve gangréné en totalité.

Dès le début des lésions inflammatoires, il se produit à l'intérieur du sac une exsudation d'un liquide limpide puis sanguinolent. Au fur et à mesure que la diverticulite progresse, le liquide prend une odeur fécaloïde. C'est donc dans un sac préalablement infecté et œdématié que le diverticule va s'ouvrir. La perméabilité entre l'intestin et le diverticule étant conservée dans la majorité des cas, les matières fécales font irruption dans le sac. L'infection et la nécrose se propagent rapidement aux enveloppes du sac, puis s'étendent à travers le tissu cellulaire sous-cutané, et finalement l'ouverture se fait à la peau, aboutissant ainsi à une fistule stercorale.

Cependant ce dernier stade n'est pas toujours atteint : un de ces cas nous est rapporté par Couniot : il s'agit d'un indigène de 45 ans porteur depuis longtemps d'une petite hernie inguinale droite. Il y a quinze jours, il a ressenti au niveau de la région inguinale une douleur vive accompagnée de vomissements, arrêt des matières et des gaz, qui l'oblige à rester couché, attendant une amélioration qui ne vient pas. Cependant le cours des matières se rétablit, mais la tumeur ne rétrocède pas, et si toute douleur a cessé spontanément, elle est réveillée par le moindre mouvement. Diagnostic d'épiploocèle étranglé. Après incision de la peau et de l'aponévrose du grand oblique, on tombe sur une masse brunâtre dont le pédicule s'engage dans l'orifice inguinal profond. Au contact de cette masse, existe un abcès, qu'on évacue : il en sort un pus fétide d'odeur intestinale. En explorant la poche, on découvre au milieu de tissus sphacélés un orifice grand comme une pièce de petite monnaie, bordé de muqueuse

intestinale : il s'agit d'un diverticule de Meckel dont l'extrémité perforée communique avec l'abcès ouvert. Le diverticule est lié et sectionné à la base. Suites opératoires simples. Guérison.

Le plus souvent, l'infection est limitée par le collet du sac et ne se propage pas au péritoine abdominal. Il est certain que le pronostic dépend alors presque uniquement de l'état de l'anse intestinale sur laquelle s'implante le diverticule. Si une partie seulement du diverticule est engagée dans l'anneau, l'inflammation est en quelque sorte en dérivation et n'intéresse pas l'intestin. Si, par contre, l'anse intestinale est coudée par traction au niveau de la hernie, elle présente elle aussi des lésions inflammatoires. Dans ce cas, les lésions ne se limitent plus au sac; à l'occlusion intestinale, mécanique ou paralytique réflexe, s'ajoutent des accidents de péritonite herniaire, qui nécessitent persque toujours une résection de l'anse de part et d'autre du diverticule, suivie d'entéro-anastomose.

Une observation du Docteur Gauchet nous en fournit un exemple :

P... (C.), 33 ans, entre à l'hôpital avec le diagnostic de hernie inguinale droite étranglée. Porteur depuis plusieurs années d'une hernie inguinale droite, le malade a été pris dans le courant de la soirée, la veille, de violentes douleurs au niveau de sa hernie. Les vomissements sont apparus quelques instants après. A l'examen, le malade présente au niveau de la région inguinale droite une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tuméfaction est extrêmement douloureuse, très tendue et irréductible. Contracture des muscles abdominaux. Pouls, à 110; température, 38°8; facies péritonéal. Intervention. A l'ouverture du sac, il s'écoule du liquide louche et fétide et on trouve un diverticule de Meckel déjà adhérent au sac et très enflammé. On le libère prudemment jusqu'à l'orifice interne du sac, et alors on peut attirer l'anse grêle, sur laquelle le diverticule est implanté, sans qu'il soit nécessaire de débrider le collet du sac. Etant donné que l'inflammation est étendue au grêle, on décide de faire une résection du grêle, dé-

passant de 3 centimètres de chaque côté du diverticule. Anastomose latéro-latérale. Guérison.

Le diverticule était enflammé exactement de la même manière qu'un appendice qu'on enlève au cours d'une crise aiguë, adhérent au sac, et lorsque les adhérences furent libérées sans qu'il soit nécessaire de débrider le col du sac, l'anse grêle put être attirée aisément à l'extérieur : il s'agissait donc d'une diverticulite simple sans étranglement.

Même aspect inflammatoire du diverticule chez une malade opérée par le Docteur Pichat :

A l'ouverture du sac, on trouve un diverticule de Meckel très enflammé, à parois très dures, turgescent. Il nous apparaît exactement semblable à un appendice enflammé, pour lequel il fut tout d'abord pris. Section au thermocautère. Guérison.

Citons également le cas d'Armstrong, qui trouve à l'opération une masse enflammée, ferme au toucher, adhérente au tissu qui l'entourait : « il fut impossible de disséquer le cordon à cause des adhérences »; l'observation de Bianchi : enfant de 8 ans opéré avec le diagnostic de hernie inguinale droite. Le sac libéré, on voit que le contenu est irréductible, et, à l'ouverture, on constate la présence d'un organe pseudo-appendiculaire rouge et fixé par de solides adhérences à la paroi du sac : il s'agit d'un diverticule de Meckel perméable jusqu'à la pointe.

On a peu de renseignements sur l'étude microscopique des diverticules herniés. Les quelques examens pratiqués (Grandjean, Perrignon de Troyes et Du Bourguet, Meyer May) montrent que les lésions vont de la couche glandulaire à la muqueuse, infiltrant progressivement la musculeuse, et atteignant en dernier lieu la séreuse. Le maximum des lésions se trouve à la base ou à la pointe du diverticule. L'intestin lui-même est parfois intéressé (Gauchet, Littler, Meyer May).

Dès le début, les cellules épithéliales ont disparu du revêtement muqueux. L'épithélium sécréteur est dégénéré et infil-

tré de leucocytes vitreux. Il existe de nombreuses bactéries à la surface des villosités; les lumières glandulaires en sont également bourrées ainsi que les espaces lymphatiques péritubulaires.

Dans un stade plus avancé, on peut trouver sur certains points une destruction de la muqueuse et du chorion sous-muqueux. Dans un cas d'inflammation très avancée, Meyer May trouve la couche interne du diverticule en nécrobiose complète, formée d'un feutrage de fibrine enserrant des leucocytes plus ou moins dégénérés. La sous-muqueuse est très lâche et œdématiée, les vaisseaux sont dilatés et thrombosés; présence de leucocytes polynucléaires éosinophiles de Mastzellen.

Mans la musculeuse, les vaisseaux sont également ectasiés, gorgés d'hématies avec production d'hémorragies interstitielles; nombreux mastzellen dans les périartères. Le tissu conjonctif sous-séreux renferme des vaisseaux sanguins et lymphatiques fortement dilatés. La séreuse présente des cellules desquamées avec quelques filaments de fibrine.

Il y a donc congestion, œdème et réactions cellulaires, en un mot inflammation. D'après Grandjean, on ne trouve pas de follicule lymphatique. Or, pour Blanc et Macaigne, qui ont étudié les lésions de la diverticulite, « folliculite, périfolliculite et lymphangite seraient les trois anneaux de la chaîne anatomo-pathologique ». On peut expliquer cette contradiction par le fait que Blanc et Macaigne ont surtout étudié la diverticulite chronique ou subaiguë, tandis que, dans les diverticulites herniaires, on a presque toujours affaire à des accidents aigus. Dans un cas, cependant, on note des amas lymphoïdes enflammés et hypertrophiés, mais il s'agissait d'un diverticule chroniquement enflammé, comprimé et coudé par des adhérences épiploïques (Sicard : *Diverticule de Meckel dans une hernie ombilicale récidivée*). C'est là le seul cas observé de hernie diverticulaire s'accompagnant de folliculite.

III. — La diverticulite herniaire se présente avec un minimum de signes cliniques, qui très rarement permettent le diagnostic précoce de cette affection.

Littre compare la hernie diverticulaire à une hernie simple et lui attribue un certain nombre de caractères : Le malade va à la selle pendant tout le cours de la maladie. Le malade n'a point de hoquet. Pas de vomissement. Le ventre n'est ni gros, ni tendu, ni ballonné. La tumeur de l'aine se forme plus lentement et ne devient jamais grosse.

L'inflammation, la douleur, la fièvre et les autres accidents qui accompagnent cette espèce de hernie sont plus longs à se manifester et ont moins de violence.

Que reste-t-il alors pour diagnostiquer l'inflammation herniaire ? une tumeur enflammée, douloureuse, tous les autres signes étant inconstants et très variables dans leur intensité. Nous empruntons à Cazin la description de ces hernies : « Une hernie en général peu volumineuse devient irréductible et fait naître des douleurs plus ou moins vives. En même temps, le gonflement augmente, la peau rougit; puis la fluctuation devient manifeste, vers un point de la tumeur il se fait une élévation, les téguments deviennent livides. Une ouverture s'y produit et livre passage à des matières fécales. Il en résulte une fistule stercorale étroite, plus ou moins sinueuse. »

Bien souvent une tumeur enflammée de l'aine, douloureuse, s'accompagnant d'une poussée fébrile, a été prise pour un abcès. Minter rapporte un cas de ce genre :

Dorothée, 44 ans. En se relevant d'une position inclinée, ressentit subitement des douleurs violentes avec gonflement dans la région inguinale. Cinq jours après, l'état était resté le même, un praticien, prenant la tumeur pour un abcès, l'a ouverte. Il en est sorti des matières fécales très fétides. Il s'agissait d'un diverticule congénital de l'iléon.

Même erreur de diagnostic dans les observations de Minne et Deburge, de Escher, de Martin (le malade ayant refusé une

proposition d'ouverture par le bistouri). Broca signale ces accidents à marche subaiguë dont quelques hernies deviennent le siège et « ces tubeurs stercorales qui ne s'accompagnent ni de vomissements, ni de constipation, ni de phénomènes généraux et qu'on a si souvent prises pour des abcès et ouvertes comme telles ».

Plus généralement, les signes d'inflammation sont tellement atténués que le malade n'est pas inquiété, et ce n'est qu'à la période des complications, pour une fistule stercorale apparue depuis peu, que le médecin est consulté. Le malade de Grandjean entre à l'hôpital pour une fistule stercorale siégeant à gauche. Il y a un an, il vit survenir au pli de l'aine une grosseur qui augmenta sensiblement de volume. Trois mois après, à la suite d'un effort, dit-il, cette tumeur se serait rompue, un orifice se serait formé, qui aurait livré passage aux matières et aux gaz. A ce moment, les téguments étaient rouges, la tumeur n'était pas douloureuse, il n'existait pas de phénomènes péritonéaux, pas de vomissements, l'état général était bon. Le cas de Morici concerne une malade atteinte de fistule stercorale de la région abdominale inférieure droite, fistule apparue après une période douloureuse et une tuméfaction inguinale dont le diagnostic n'a pas été fait.

Bianchi cite le cas d'un enfant de 5 ans qui, depuis sa naissance jusqu'à l'âge de deux mois, présenta au niveau de l'orifice ombilical un écoulement de matières et de gaz. Cet écoulement cessa, mais il persista une hernie ombilicale du volume d'une noix facilement, réductible. L'opération montra un diverticule adhérent aux parois du sac. Une malade de Weinstein présente une masse dure dans l'aine droite : la peau est rouge et légèrement chaude; pas de nausée, ni de vomissement, ni de constipation. On porte le diagnostic d'adénite. Un mois plus tard la malade présente à ce niveau une fistule stercorale à travers laquelle l'écoulement est en rapport avec l'absorption de nourriture.

Le plus souvent, ces fistules stercorales sont compatibles avec un bon état général. Tedenat rapporte le cas d'un malade

qui garda pendant dix ans une fistule « survenue en juin 1866 à la suite d'accidents d'étranglement herniaire qui évoluèrent sans aucun traitement médical autre que l'application de cataplasmes; à cette époque, le malade resta quatre à cinq jours sans aller à la selle : un abcès s'ouvrit spontanément... Il entra plusieurs fois à l'hôpital pour des poussées inflammatoires, fort heureux d'avoir une infirmité à exploiter ».

Dans les cas de Amyand, de Taignon, de Hilgenrainer, de Hofmokl, il y eut également fistulisation spontanée.

Le pronostic de ces hernies diverticulaires fistulisées est en général favorable.

Sur 12 cas que nous avons pu recueillir dans la littérature, on note 9 cas de guérison simple; des trois autres : l'un est mort d'une double pneumonie, le second est mort au bout d'un mois, le troisième au bout de dix ans.

A côté de la diverticulite herniaire classique décrite par Littre et Cazin, il existe une forme à allure aiguë dont la ressemblance avec l'étranglement herniaire est bien grande. Cette forme, baucoup plus rare, est signalée par Périer. Dans l'observation qu'il a publiée, on note une tuméfaction extrêmement douloureuse, des vomissements incessants de la contracture des muscles abdominaux, le pouls à 110, la température à 38°8, le facies péritonéal. Mais, dans ce cas, l'inflammation était étendue à l'intestin grêle et produisait des phénomènes nerveux d'origine réflexe, ce qui modifiait entièrement la symptomatologie classique des diverticulites herniaires.

IV. — Trois éventualités sont à envisager dans le diagnostic de ces hernies :

1° En présence d'une tumeur rouge, douloureuse, siégeant au niveau de la région inguino-crurale, on éliminera le diagnostic d'abcès. Dans ce dernier cas, l'apparition de la tumeur est contemporaine des autres signes inflammatoires, tandis que, dans le cas d'un phlegmon stercoral, il existait avant toute inflammation une tumeur herniaire ancienne.

2° En présence d'une fistule stercorale apparue sans grande réaction générale, qui n'a été précédée ni de vomissements, ni d'arrêt des matières et des gaz, on pourra penser à une diverticulite herniaire.

Mais la confusion est toujours possible avec une appendicite herniaire ou un pincement latéral, bien que, dans ces deux derniers cas, l'état général soit plus atteint et l'évolution moins favorable.

3° Si la diverticulite herniaire se présente avec des signes d'étranglement, le diagnostic ne se fera qu'au cours de l'intervention : il sera contrôlé par l'examen anatomo-pathologique du diverticule réséqué.

CHAPITRE V

HERNIES ETRANGLEES DU DIVERTICULE

La notion de l'étranglement diverticulaire est de connaissance relativement récente. C'est Cazin qui, le premier, en 1862, en signale la possibilité. En 1899, Blanc, dans sa thèse, en réunit 2 cas seulement. Les hernies étranglées du diverticule ont été surtout étudiées par Forgue et Riche, Duprat, Salmon et Dor.

A l'heure actuelle, les observations sont si nombreuses qu'il n'est plus question d'en discuter l'existence.

La question se pose alors de savoir dans quelle mesure on peut appliquer à l'incarcération diverticulaire les théories actuelles de l'étranglement herniaire.

Rappelons-en les principes généraux : Le rôle de l'agent d'étranglement (anneau ou collet) est passif; ce n'est point un sphincter contractile capable de pincer l'anse herniée, mais un cercle rigide où l'intestin engagé est retenu et éprouve une compression progressive (Forgue). Il s'agit alors d'expliquer l'irréductibilité, c'est-à-dire pourquoi une anse qui a franchi cette ouverture est devenue incapable de la traverser en sens opposé. La seule explication se trouve dans l'augmentation brusque du volume de cette anse (augmentation du contenu intestinal ou de l'importance de l'anse herniée).

A ce moment, entrent en jeu des phénomènes vasculaires qui vont produire l'étranglement définitif (Patel); il y a aplatissement des veines avec persistance de la circulation artérielle, d'où turgescence des tuniques intestinales et œdème. Un bourrelet se crée, et dès lors l'étranglement est définitif.

C'est le phénomène du doigt que l'on peut faire pénétrer à travers une bague mais qui ne peut toujours en sortir facilement.

Dans le domaine des hernies diverticulaires, nous voyons que le même mécanisme est encore possible. A la suite d'un effort ou d'une pression abdominale, il se produit une augmentation brusque du contenu diverticulaire ou la pénétration à travers un orifice herniaire d'un diverticule à peine engagé (ou même pas engagé du tout s'il y a pré-existence du sac); la gêne apportée à la circulation de retour entraîne alors une turgescence des tuniques diverticulaires qui rend la réduction impossible et crée l'étranglement définitif.

Dans les cas les plus typiques d'étranglement du diverticule, on trouve à l'origine des accidents une notion d'effort. Le malade de Goumain entre à l'hôpital pour hernie droite étranglée. Il est pris subitement un matin, vers 11 h. 1/2, de violentes coliques à la suite d'un effort, et il constate dans la région inguinale une tumeur de la grosseur d'une petite mandarine. Pas de vomissements; pas d'arrêt des matières et des gaz. Le médecin, appelé, ne peut réduire la hernie. On décide alors l'opération, et, à l'ouverture du sac, on constate la présence d'un diverticule gros comme un pouce, infiltré, rouge. Après débridement, résection intestinale, anastomose termino-terminale, réfection de la paroi. Guérison.

La malade opérée par Dieulafé présentait depuis plusieurs années une tuméfaction dans la région crurale droite, sans gêne, sans douleur. Un jour, à l'occasion d'un effort, vive douleur à ce niveau, gonflement persistant. Les jours suivants, vomissements, selles nulles; l'état s'aggrave. Opérée le quatrième jour. Le diverticule est rouge, turgescent, boudiné, très étranglé au niveau du collet du sac. Résection. Guérison.

C'est également à la suite d'un effort que la malade de Hugh Reid a ressenti une vive douleur, au niveau de son bas-ventre, suivie de vomissements : il s'agissait d'un diverticule étranglé. La même étiologie se retrouve dans l'observa-

tion I de Pollidori (une femme qui soulève de terre un panier lourd). Dans les cas de Tédenat et de Reverchon, l'étranglement est dû à de violents efforts de toux.

En dehors de l'effort, dont le rôle dans la production des hernies étranglées est indéniable, certains auteurs ont voulu attribuer à l'inflammation chronique du diverticule une place importante comme facteur d'étranglement selon le principe général de P. Broca, qui enseignait que l'inflammation était la cause déterminante des étranglements.

Duprat, dans sa thèse, écrit, en effet, que le diverticule, avec sa circulation gênée, pouvant être irrité de si différentes manières, possède en lui-même la plus riche flore microbienne : « le diverticule est donc sujet à s'enflammer, se congestionner, et c'est là la plus ordinaire cause d'étranglement ». Dans l'observation de Morice, le rapporteur estime que les adhérences anciennes semblent prouver qu'avant l'étranglement, le diverticule a présenté des signes d'inflammation. Potier croit, lui aussi, que l' « étranglement est dû à l'inflammation du diverticule, qui contracterait des adhérences à l'anneau, lequel, par la suite, s'étranglerait ». Périer estime que, dans certains cas, la diverticulite est primitive et reste diverticulite simple ou entraîne un étranglement secondaire.

Cliniquement, cette diverticulite chronique se traduit par des crises douloureuses ou des troubles digestifs variés (coliques, vomissements, ballonnement du ventre, constipation), se reproduisant avec une certaine périodicité. Muller et Duclaux rapportent le cas d'une femme de 48 ans qui présentait depuis vingt-quatre ans une hernie ombilicale de la dimension d'une orange. Elle allait très régulièrement à la selle, mais avait souvent des nausées et accusait fréquemment des brûlures d'estomac.

« Trois jours avant de nous être amenée, elle est prise de violentes nausées, mais sans vomissement; elle a eu une selle normale le matin. Le même état nauséeux continue... A l'opération, on trouve un diverticule en voie de mortification.

Le malade de Weill souffrait depuis un an et à intervalles assez éloignés (un mois ou deux) de coliques violentes, se reproduisant périodiquement. La hernie était réductible incomplètement. L'avant-veille de son entrée à l'hôpital, le malade fut pris par ces coliques auxquelles il était habitué depuis quelque temps, mais qui devinrent de plus en plus fortes. Quelques vomissements bilieux. Le malade a eu des gaz. Débridement de l'anneau crural, résection du diverticule, occlusion duodénale postopératoire. Guérison.

Citons encore le cas de Guichard : petite hernie crurale droite; en souffre de temps à autre : coliques, durant de dix à douze heures. Une nuit, violentes coliques, vomissement; hernie tendue, irréductible; ventre ballonné; émission de gaz et de matières.

Le cas de Jaboulay : depuis vingt ans son malade se plaignait de troubles digestifs qui duraient deux ou trois mois tous les ans. Pas d'arrêt de matières et des gaz; pas de vomissements.

L'observation de Brin, rapportée par Broca : un homme de 66 ans, bien portant malgré des excès alcooliques, était sujet depuis l'âge de 25 ans à des coliques horriblement douloureuses, avec vomissements, ballonnement du ventre, constipation, survenant sans cause connue plusieurs fois par an, lorsqu'il constata, dans les premiers jours de décembre, une petite tumeur à l'aine droite. Dès le deuxième jour, la tumeur devient douloureuse. Cure radicale. Le diverticule est partout adhérent au sac.

Le malade de Brunetti souffrait depuis deux ans de troubles intestinaux par crises d'une durée d'un mois environ. Après traitement médical, il subsiste des douleurs abdominales fugaces, sans localisation nette, intercalées par des périodes de bien-être.

Ces malaises, que Forgue appelle les petits signes du diverticule adhérent, correspondent à un état anatomique particulier. Il y a des adhérences anciennes et nombreuses dans le sac; la muqueuse est nécrosée et remplacée par du tissu

connectif; la séreuse est épaissie et envoie des prolongements conjonctivaux dans les couches sous-jacentes (Oliva Carlo).

Salmon et Dor pensent que la diverticulite antérieure est une cause prédisposante, et, sur 37 observations de hernies étranglées, ils la notent 14 fois. Cependant ils émettent un doute sur la réalité de l'étranglement lorsqu'ils ajoutent : « S'agit-il, dans ces 14 cas, d'étranglement vrai et n'a-t-on pas affaire plutôt, comme Berger et Broca le pensaient, à des accidents aigus de diverticulite herniaire ? Il est difficile de faire ce diagnostic, aussi bien cliniquement qu'anatomiquement. »

De tout ceci nous conclurons :

— L'étranglement du diverticule est un phénomène mécanique où l'effort semble jouer un rôle important.

— L'inflammation chronique du diverticule n'est pas à retenir comme cause favorisante.

— La diverticulite chronique peut donner lieu tantôt à une diverticulite aiguë (Oliva Carlo, Brin), tantôt à un étranglement diverticulaire (Bettinelli, Jaboulay, Guichard); elle peut également donner lieu à des accidents aigus difficiles à rapporter à l'une ou l'autre complication en l'absence de signes anatomo-cliniques précis (Muller et Duclaux, Weill).

Les hernies étranglées du diverticule se rencontrent avec une égale fréquence dans les deux sexes. Ce sont presque toujours des hernies droites : hernies inguinales chez l'homme, crurales chez la femme.

I. — Les auteurs qui ont publié des cas de hernies de Littre étranglées ont beaucoup insisté sur la valeur des examens anatomo-pathologiques. Leurs observations se résument schématiquement ainsi : après ouverture du sac, on trouve un diverticule enserré étroitement dans un collet herniaire; après débridement, on voit que le diverticule est nettement stricturé à sa base. Il n'y a pas d'adhérences, pas trace d'inflammation. Quelle est la valeur de ces arguments ?

Le collet est très serré : dans un cas de Michel, après avoir débridé l'anneau, on trouve un diverticule rouge, très congestionné : « Aucune adhérence, l'extrémité est renflée et présente une série de bosselures. La portion rétrécie se trouve serrée au niveau de l'anneau inguinal, et, dans le sac herniaire, la portion terminale œdématiée par l'étranglement et les malaxations du taxis est irréductible sans intervention sanglante. » De même dans une observation de Pollidori : « Le diverticule, gros comme une phalange, cyanotique, était irréductible à travers l'anneau crural et non extériorisable. » Salmon et Dor rapportent que chez leur malade la base du diverticule était comprimée par un collet extrêmement serré.

Comme conséquence immédiate de cette constriction, les auteurs signalent la présence d'un sillon d'étranglement. Duprat, Ekehorn, Tédenat, Smith, von Lackovich, Brunetti, Bettinelli, le mentionnent dans leurs observations. Dans un cas de Dimitriu, il s'agissait d'un enfant de 12 ans, jusque-là en bonne santé, qui fut pris subitement de violentes douleurs dans la région inguinale droite et présenta les symptômes d'une hernie inguino-scrotale étranglée. Cependant il n'y avait pas d'arrêt des matières et des gaz, mais, au contraire, selles diarrhéiques. Le malade entre à l'hôpital au bout de trois jours et est opéré d'urgence. A l'ouverture du sac herherniaire, on croit se trouver en présence d'un étranglement de l'appendice, mais en attirant dans la plaie l'anse intestinale après débridement, on reconnaît que cet appendice est inséré sur une anse grêle et qu'il ne peut s'agir que d'un diverticule de Meckel, long de 12 centimètres, dont la portion terminale est dilatée par les gaz, turgescente, et présente de petites plaques de gangrène; plus haut, à 3 ou 4 centimètres, le diverticule est invaginé dans sa propre lumière, au voisinage de son implantation sur l'intestin. On voit nettement les traces d'étranglement. Résection du diverticule comme un appendice avec enfouissement du moignon. Guérison.

L'absence d'adhérences et de tout aspect inflammatoire est notée dans les observations de Ekehorn, de Dutil et Témoin de

Pollidori. Salmon et Dor insistent tout particulièrement sur ce point : « quoi qu'il en soit, disent-ils, il y a des cas où l'on ne retrouve aucune trace de l'inflammation ancienne, ni dans les antécédents, ni dans les constatations anatomiques : diverticule entièrement libre, dépourvu de toute adhérence avec les parois du sac; l'examen histologique montrant des plages de muqueuse saine. Notre malade est une preuve nouvelle de l'existence de l'étranglement vrai. »

En réalité, la distinction entre étranglement et diverticulite est souvent bien difficile et les examens pratiqués sur les diverticules réséqués montrent presque toujours des lésions inflammatoires plus ou moins avancées.

Même au début, où le diverticule est simplement plus rouge qu'à l'état normal, on peut attribuer cette rougeur aussi bien à la gêne apportée au retour du sang veineux, qu'à un certain degré de phlegmasie, « sans qu'il soit possible à l'anatomiste le plus exercé de distinguer la congestion mécanique de la congestion dynamique ou inflammatoire » (Gosselin).

A une période avancée, la différenciation est impossible, et il semble même que les lésions de l'étranglement soient alors celles de la diverticulite aiguë, car on peut supposer que l'étranglement a réalisé les conditions suffisantes (traumatisme, cavité close) pour provoquer l'apparition d'une diverticulite.

Aussi faut-il être prudent avant de conclure à l'une ou l'autre complication sur la seule foi de l'examen anatomo-pathologique et ne parler d'étranglement vrai que pour les diverticules réséqués précocement dès le début des accidents aigus, avant l'apparition de tout état inflammatoire.

Brunetti insiste sur la valeur diagnostique du sillon d'étranglement, séparant nettement le diverticule en deux zones, l'une saine, l'autre nécrotique. Nous résumons ici son observation :

Le diverticule réséqué a une longueur de 4 à 5 centimètres. Par sa forme et son volume, il ressemble à un cocon de ver à soie. Il est étranglé vers le milieu par une profonde incisure

circulaire, correspondant au collet herniaire. A ce niveau, la paroi est plus mince. La surface du diverticule est lisse et la séreuse péritonéale qui le recouvre est pourpre, légèrement cyanotique. Au-dessous du sillon, on voit des taches noires, disséminées; vers l'extrémité distale, on trouve de fines stratifications fibrineuses, alternant avec des zones nécrotiques de ramollissement.

Une ouverture pratiquée dans l'organe permet de constater sa communication avec l'intestin, dont il reproduit le calibre. La cavité contient une petite quantité de matières fécales liquides. Aucun coprolithe ou corps étranger. La muqueuse gonflée est parsemée d'hémorragies. Elle a un aspect finement granuleux et vers le fond elle est recouverte de rares productions adhérentes, friables.

A l'examen histologique, on trouve les signes d'une phlogose intense, commune à toutes les couches du diverticule, mais seulement en dessous de l'étranglement.

Au-dessus du sillon, la structure est encore conservée et reproduit exactement les éléments fondamentaux de l'intestin, sauf peut-être une richesse particulière en cellules caliciformes. A cet endroit-là, les altérations sont légères et présentent les caractères d'une simple irritation catarrhale avec une hyperémie manifeste de la sous-muqueuse associée à une légère infiltration hémorragique et une minime exsudation séreuse, phénomènes dus à la souffrance causée par le tiraillement opéré sur le viscère.

Au-dessous de l'étranglement, la paroi du diverticule apparaît irrégulière et complètement modifiée dans sa physionomie. La muqueuse est nécrotique, infiltrée d'hématies, et par endroit présente de véritables pertes de substance. Toutes les autres couches de la paroi sont méconnaissables, gonflées par l'œdème, infiltrées de polynucléaires, de gros mononucléaires et de lymphocytes, remplies d'hématies extravasées des vaisseaux ectasiés. Le tissu musculaire n'est décelable que sur une surface réduite, ses fibres lisses sont en proie à une dégénérescence hyaline avancée. Le péritoine et la sous-

séreuse, là où ils existent, montrent des réactions exsudatives.

La zone correspondant à l'anneau d'étranglement ne présente plus trace d'épithélium. La paroi, à ce niveau, est fortement amincie et les couches énormément dissociées par des extravasats sanguins.

Dans l'ensemble, on observe le tableau typique de la nécrose hémorragique plus ou moins profonde.

II. — Contrairement aux diverticulites herniaires, dont le début passe souvent inaperçu en raison de la bénignité des symptômes cliniques, l'étranglement diverticulaire se manifeste par un début bruyant : il s'agit soit d'une hernie apparue brusquement et irréductible d'emblée, soit d'une hernie ayant subitement augmenté de volume et dont la réduction est devenue impossible : ce sont, enfin, des hernies douloureuses.

La hernie s'étrangle au moment où elle se produit pour la première fois; tel est le cas de la malade de Salmon et Dor : une femme, 66 ans; le début remonte à trente-six heures; une douleur brusque dans la région de l'aine droite, et la malade constate la présence d'une tumeur qu'elle n'avait jamais remarquée jusque-là. Pas de vomissements, pas de selles, mais quelques gaz. A l'opération, le diverticule est libre de toute adhérence; sa base est comprimée par un collet extrêmement serré.

Pollidori rapporte deux cas analogues : une femme, 65 ans, présente une tuméfaction irréductible et douloureuse de la région crurale droite. Cette femme raconte qu'il y a cinq jours, en soulevant de terre un panier lourd, elle a ressenti une douleur et a constaté l'apparition d'un tuméfaction à la partie inférieure de l'abdomen. L'autre opéré était un homme de 59 ans, entré à l'hôpital avec le diagnostic de hernie inguinale droite interstitielle irréductible; trois jours auparavant, le patient, qui n'avait jusque-là rien remarqué d'anormal dans la région inguinale, sentit une douleur

dans cette région avec une tuméfaction. Dans les deux cas, résection suivie de guérison; l'auteur insiste sur le fait qu'il s'agissait de deux malades non porteurs de hernie, ce qui élimine d'emblée le diagnostic de diverticulite herniaire.

Lorsque le sujet est porteur d'une hernie ancienne, il n'est pas rare de noter une augmentation subite du volume de la tumeur herniaire, coïncidant avec le début des accidents d'étranglement. Ce fait est mentionné dans une observation de Tedenat.

P... (Eugène), tisseur, 39 ans. Depuis une dizaine d'années, il porte une hernie inguinale droite, de petit volume. Elle n'entre jamais complètement et le malade n'a pas discontinué l'usage d'un brayer pour empêcher qu'elle ne grossisse davantage. Un jour, dans un violent effort de toux, la hernie sortit, plus grosse qu'à l'ordinaire, et ne tarda pas à devenir un peu douloureuse. Le lendemain soir, les douleurs étaient plus vives et s'irradiaient au bas-ventre. Le jour suivant, les douleurs augmentèrent; selles diarrhéiques; nausées. A l'opération, le diverticule présente un sillon d'étranglement. Résection. Guérison.

Même constatation chez un malade de Reverchon :

R..., porteur depuis dix-huit mois d'une hernie inguinale droite qu'il a constatée au cours d'exercices de gymnastique. Sa hernie était de petit volume, facilement réductible et ne lui a jamais occasionné de gêne. Brusquement, un matin, à la suite d'une quinte de toux, R... éprouve une douleur très vive à l'aine droite : il constate une augmentation de volume de la hernie, son irréductibilité. Ni selle, ni gaz; deux vomissements alimentaires. A l'opération, diverticule, en état de sphacèle. Section au thermo. Guérison.

Dans le cas de Littler, également, une femme de 52 ans entre pour hernie crurale droite étranglée du volume d'une mandarine. Les accidents aigus datent de la veille : la hernie préexistante a augmenté de volume, est devenue douloureuse, et la malade s'est mise à vomir. Résection suivie d'entéro-anastomose. Guérison.

La douleur est un symptôme d'une grande valeur. Elle est parfois localisée à la hernie, mais, le plus souvent, elle s'irradie à tout l'abdomen. Ce sont alors, soit de légères douleurs (Pollidori, Donati, Schockaert), soit des douleurs brusques, aiguës (Salmon et Dor, Morice), soit, enfin, de violentes coliques (Goumain, Potier, Dimitriu).

Il est classique de dire, avec Littre, que les hernies diverticulaires ne s'accompagnent pas de vomissements ni d'arrêt des matières et des gaz. En réalité, il existe une forte proportion d'observations d'étranglement diverticulaire où l'on note des vomissements, ou du moins un état nauséeux, alors qu'il n'y a pas d'arrêt des matières et des gaz. Dans un cas de Moutier, le malade, âgé de 55 ans, est entré à Saint-Antoine à la quatorzième heure de son étranglement porteur d'une hernie irréductible un peu moins grosse que le poing. Il avait présenté des vomissements incessants, mais n'avait pas d'arrêt des gaz. Potier insiste sur cette distinction : selon cet auteur, les vomissements seraient un symptôme précoce, et l'absence de troubles du transit intestinal un signe d'alarme qui aiguillerait le chirurgien vers le diagnostic de hernie diverticulaire. Cette dissociation entre l'arrêt des gaz et les vomissements se retrouve encore dans les observations de Hugh Reid, de Weill, de Morice, Shockaert, Littler, Guichard.

Il peut arriver également qu'une occlusion intestinale d'origine réflexe entraîne un arrêt du cours des matières, et le malade alors ne rend ni selles, ni gaz (cas de Duprat, Reverchon, Salmon et Dor). La ressemblance avec l'étranglement herniaire est alors complète.

Les signes locaux sont ceux de toutes les hernies étranglées : hernies de petit volume; irréductibilité, constatée ordinairement par le malade lui-même. A l'examen, on trouve une tuméfaction tendue, douloureuse à la palpation et sans impulsion à la toux.

L'état général de ces malades est habituellement satisfaisant, et, si l'étranglement est diagnostiqué et l'intervention

chirurgicale pratiquée à temps, l'évolution se fait normalement vers la guérison.

Mais, dans certains cas, les signes d'étranglement ont été atténués et, le médecin ayant différé l'intervention, c'est avec le tableau d'une péritonite généralisée que se présente l'étranglement diverticulaire. La malade de Schockaert avait déjà depuis longtemps une petite hernie crurale droite. Un soir, elle est prise de douleurs localisées à la hernie et s'irradiant dans tout le ventre; pas de vomissements. Dans cet état, elle est allée elle-même trouver le médecin, qui a prescrit une potion laudanisée, la toute petite hernie crurale ne lui semblait pas nécessiter d'autre traitement. Le lendemain, le docteur trouve la hernie beaucoup plus grosse et plus douloureuse. Température, 38°5. Un vomissement la nuit, après la prise de la potion. « Appelé en consultation, je constatai un état général bon, figure rouge, mais pouls fréquent : 125 et température encore à 38°5; ventre peu ballonné; pas d'aspect péritonéal, mais symptôme typique : ventre de bois; hernie moins tendue que le matin. Diagnostic de péritonite consécutive à une hernie étranglée avec perforation de l'intestin. Laparotomie immédiate. A l'ouverture du ventre, on constate une masse de pus dans le bassin et quelques fausses membranes sur les intestins, peu distendus. La partie inférieure du grêle est accolée à la paroi au niveau du canal crural ». Il s'agissait d'une hernie du diverticule de Meckel gangréné et perforé à son extrémité. Résection. Drainage. Guérison.

C'est également avec tous les signes d'une péritonite généralisée que se présente un malade de Meyer-May. Dès l'ouverture de l'abdomen, issue d'un flot de pus; grêle et côlons sont recouverts de fausses membranes blanchâtres et fétides. La coloration générale de l'intestin est lie de vin. L'anse intestinale située à 80 centimètres du cæcum présente un diverticule de Meckel nécrosé avec une ulcération à sa base, par où sortent à flots les matières fécales. Aspiration; extériorisation de l'anse sphacélée; fermeture sans drainage. Guérison.

III. — Plusieurs problèmes sont à envisager pour le diagnostic :

1° Il y a une hernie douloureuse et irréductible sans signe d'occlusion. Faut-il intervenir comme s'il s'agissait d'une hernie étranglée typique ? Sur ce point, tous les auteurs sont d'accord : tout phénomène douloureux au niveau d'une hernie s'accompagnant d'une irréductibilité constatée depuis peu est une indication formelle pour l'intervention. Vomissements et arrêt des matières et des gaz ne doivent pas être attendus pour décider le chirurgien à opérer. C'est là la notion essentielle qui se dégage de l'étude des hernies de Littre, notion d'un grand intérêt pratique.

Il existe aussi d'autres formes de hernies étranglées où les signes d'occlusion sont inconstants (hernie appendiculaire, pincement herniaire, etc.). Mais l'absence de troubles intestinaux est dans ces cas-là beaucoup plus rare que dans les hernies diverticulaires.

L'analyse de 25 cas d'étranglement du diverticule de Meckel montre que, si les vomissements sont notés 13 fois (soit 52 % des cas), on ne trouve d'arrêt des matières et des gaz que dans 3 cas seulement (12 %).

L'expectative conduirait à des désastres (Dutil et Témoin, Shockaert).

Pratiquement, le traitement des hernies de Littre étant le même que celui des hernies étranglées ordinaires, la confusion importe peu; elle est même souhaitable dans l'intérêt du malade, un diagnostic hésitant ne pouvant que retarder l'intervention.

2° Malgré l'existence de troubles du transit intestinal, le diagnostic d'étranglement est fait et l'intervention décidée. L'examen clinique du malade permet-il alors de parfaire ce diagnostic ?

En présence de telles hernies, on a pensé à un pincement latéral, à un étranglement de l'appendice, à un étranglement de l'épiploon, à un étranglement du testicule en ectopie

(Morice); on n'a jamais pensé à une hernie du diverticule de Meckel : la rareté de cette dernière forme ne permet pas, en effet, de l'envisager dans un diagnostic de probabilité.

3° Supposons que le diagnostic de hernie du diverticule soit posé (c'est une supposition, puisque rien ne permet d'envisager ce diagnostic). Pourrait-on alors distinguer l'étranglement de la diverticulite herniaire ? Nous avons longuement insisté sur cette question au cours de l'étude anatomoclinique de ces deux complications. Nous avons même cherché à les opposer pour en dégager les éléments qui leur sont propres. Pour cela nous avons pris comme exemples des cas types, laissant de côté tous ceux dont la pathogénie est confuse. Nous ne reviendrons pas sur les détails de ce diagnostic différentiel.

Toutefois notre but, en rédigeant ces chapitres, n'était pas tant de montrer qu'on pouvait établir un diagnostic précis, mais plutôt de prouver la possibilité et aussi l'existence de telles complications.

Il est évident que, dans ces conditions, le diagnostic différentiel ne se fera pas avant l'opération, mais bien après, par l'examen des pièces anatomiques et l'étude des commémoratifs.

CHAPITRE VI

HERNIES DU DIVERTICULE ET DE L'INTESTIN

Jusqu'ici nous nous sommes occupé des hernies du diverticule seul. Ce sont, à vrai dire, les véritables hernies de Littre. Mais il existe à côté toute une variété de hernies qui sont des hernies à la fois du diverticule et de l'intestin, sur lequel il s'implante.

Ces cas sont pour la plupart des curiosités anatomiques révélées à l'opération. Nous citerons l'observation de Alglave : « Hernie volumineuse devenue douloureuse, facilement réductible avec gargouillement et indolence : A l'ouverture, on trouve une anse grêle portant à son bord convexe un diverticule long de 10 à 12 centimètres, large de 2 à 3. Réduction. Guérison. » Un cas de Dainville et de Gennes : à l'autopsie d'un sujet mort d'une pneumonie massive, dans la poche de sa hernie, on trouve de l'épiploon, des anses intestinales nombreuses; au niveau de l'une d'elles, largement implanté sur son bord libre, un diverticule se détache à angle droit; on trouve également un appendice d'une longueur inusitée (16 cm.).

Otho Fitz Gerald rapporte l'observation d'un homme âgé de 65 ans dont la hernie comprenait la majeure partie du cæcum, l'appendice adhérent à la paroi postérieure du sac et une portion de l'iléon comportant un diverticule de Meckel. Réduction. Suites normales.

Les accidents de ces hernies diffèrent parfois de ceux que l'on peut observer dans une hernie simple de l'intestin. En effet, la présence de diverticule, toujours prêt à s'enflammer,

peut ajouter à la gravité de l'étranglement de l'anse intestinale seule.

Dans un cas de Cresson,

... Il s'agissait d'un nourrisson de 1 mois 1/2 ayant présenté des troubles gastro-intestinaux. Le médecin consulté le traite pour pour gastro-entérite, et ayant remarqué une petite hernie inguinale gauche, conseille un bandage. Quelques jours après, l'état du petit malade semblait s'aggraver. Je fus appelé en consultation, et constatai une grosse hernie inguinale irréductible avec œdème considérable des bourses et du fourreau de la verge. A l'ouverture du sac, il s'écoule un liquide sanieux, légèremnet fétide. Dans le sac, on trouve une anse du grêle, violacée, étranglée au niveau du collet. Sur la convexité, on trouve un diverticule en forme de battant de cloche à peu près du même calibre que l'anse elle-même. Ce diverticule est très adhérent par son extrémité libre au testicule, de sorte qu'après dissection toute cette extrémité est dénuée de séreuse. En raison de l'état syncopal du petit malade, invagination simple du diverticule, enfouissement. Guérison.

L'invagination du diverticule suivie d'enfouissement est un pis aller qui n'est pas sans danger : si le diverticule est assez important, on court le risque d'une sténose intestinale qui compromet gravement les suites opératoires. Il ne faut pas davantage se contenter de réduire dans l'abdomen un diverticule, même si celui-ci ne présente que des réactions inflammatoires bénignes. Citons le cas de Kirmisson, où la réduction fut lourde de conséquences :

Jeune homme, 19 ans, atteint de hernie inguinale étranglée. A l'opération, l'intestin, bien que congestionné, ne présentait pas de lésions trop graves. Il existait un diverticule intestinal mesurant 7 centimètres de long, partant de la convexité de l'anse herniée, adhérent par son sommet au fond du sac. Réduction et, en dépit de la kélotomie, mort.

L'anse et le diverticule n'avaient pas de perforation.

A la suite d'une observation publiée en 1905, Auvray a voulu faire jouer un rôle au diverticule dans le mécanisme de l'étranglement.

« Le diverticule de Meckel engagé le premier dans le conduit vagino-péritonéal préformé a attiré derrière lui l'anse grêle sur laquelle il était implanté, puis l'intestin se déplaçant dans l'intersection du sac, le diverticule a subi un mouvement d'ascension vers le collet. Il a trouvé un passage trop étroit pour le franchir en même temps que l'intestin; il est venu s'interposer entre l'intestin et la paroi du sac à la façon d'un coin et me semble incontestablement avoir joué le rôle important dans la pathogénie de l'étranglement. »

Ce mécanisme a été critiqué par Rieffel, qui pense que le diverticule aurait joué un rôle de soupape ainsi qu'un testicule ectopique.

Cette observation est à rapprocher d'un cas cité par Miles F. Porter : « Le sac herniaire contenait des anses grêles avec un diverticule enfoncé entre ces replis, rendant la réduction par taxis impossible. »

Dans un cas de Bani, le diverticule, libre dans le sac herniaire, mais distendu par les matières et les gaz, constituait une barre rigide, sur laquelle s'est étranglée par coudure l'anse intestinale sur laquelle il s'insérait.

S..., (A.), 32 ans, présente depuis dix ans, une hernie inguinale droite oblique externe, facilement réductible. Depuis un an, la hernie est devenue plus grosse, tout à fait irréductible, et le malade présente quelques crises douloureuses. Un soir, la hernie devient subitement tendue et douloureuse; vomissements avec arrêt des matières et des gaz. Un lavement ne donne aucun résultat. Le malade se présente avec un état d'agitation, les traits tirés, des sensations nauséeuses, le pouls à 120, la peau froide, couverte de sueurs; l'abdomen est météorisé. On note dans la région inguinale droite une tuméfaction de la forme d'une poire, douloureuse, sonore. Tentative de taxis très douloureuse et infructueuse. Opération. Incision de herniotomie. On note que l'étranglement ne se

trouve pas au niveau de l'orifice inguinal, qui est largement perméable. On pense à un étranglement sur le collet. Une anse distendue et cyanotique se laisse attirer facilement. On note alors que le collet du sac est large, mais à la base de l'anse, est tenu comme une barre, un diverticule de Meckel, long de 4 centimètres, sur lequel l'anse est pliée et coudée. Le diverticule n'est pas adhérent au sac, pas altéré, seulement fortement distendu. L'anse, au point coudé et au voisinage du diverticule, présente une zone ecchymotique qui se prolonge sur le méso. Ces lésions ne justifiant pas une résection, la coudure de l'anse ayant été supprimée et l'occlusion levée, on n'enlève pas le diverticule ce qui entraînerait à réséquer toute l'anse, rendant ainsi grave une opération relativement simple. Réduction. Bassini. Suites normales.

A. Quiri rapporte également un cas d'occlusion par diverticule de Meckel inclus dans un sac de hernie crurale.

Sinclair a pu observer l'association d'une hernie de Littre et d'une hernie de Richter. La malade, une femme de 55 ans, présente une tumeur de l'aine gauche depuis vingt ans. Pas de symptômes jusqu'à il y a trois jours. A ce moment-là, la hernie est devenue subitement douloureuse et tendue. Des vomissements fréquents ont apparu, mais matières et gaz passent normalement. A l'opération, une quantité de liquide trouble d'odeur fécaloïde s'échappe du sac. Le long de la paroi de celui-ci se trouve un organe noir verdâtre, ressemblant à un appendice gangréneux. Son extrémité est fermement adhérente au fond du sac, et là elle est perforée. De l'autre côté se trouve une enclave intestinale de couleur noir pourpre. A la fois l'enclave et le diverticule étaient fortement étranglés par l'anneau crural.

Il s'agissait d'un diverticule de Meckel gangrené sur sa moitié distale et d'une hernie de Richter intéressant les deux tiers de la circonférence de l'intestin. Résection du diverticule et de l'anse portant la hernie de Richter. Guérison. Selon Sinclair, l'étranglement du diverticule, qui était dans le sac depuis vingt ans, comme le montrent les solides

adhérences de son sommet, aurait été produit par le passage de la hernie de Richter.

Nous avons vu que le diverticule pouvait jouer un rôle dans le mécanisme de l'étranglement (Auvray, Dungan, Bani); qu'il pouvait être associé à un pincement latéral (Sinclair).

Il peut également être le point de départ d'une diverticulite herniaire. Une observation du docteur Ramarony nous en fournit un exemple :

R... (Gustave), cultivateur, âgé de 69 ans. Admis pour hernie étranglée. A l'opération, on tombe sur des anses intestinales nombreuses et adhérentes. On reconnaît au milieu, un diverticule de Meckel, cause de la péritonite herniaire. On tâche de libérer les différentes anses, mais sans y parvenir. On décide alors, étant donné l'occlusion, de mettre un bouton de Jaboulay. Cette mise en place est très difficile parce que l'intestin est très épaissi et très friable. Après quelques péripéties, il sort une quantité assez abondante de matières. On place le bouton; on suture ce que l'on peut d'intestin et on bourre de mèches iodoformées. Fermeture aux crins. Suites opératoires normales. Guérison.

M. le docteur Ramarony, qui a bien voulu nous communiquer cette observation inédite, pense qu'il s'agissait là d'une diverticulite herniaire. Le diverticule traumatisé s'est enflammé, comme pour une crise d'appendicite aiguë; il y a eu production d'adhérences nombreuses, et, dans ce cas particulier, on peut prévoir que, du fait de la limitation de l'infection au niveau du collet du sac herniaire, le pronostic est plus favorable que dans la diverticulite intra-abdominale.

Cette observation est à rapprocher d'un cas analogue, rapporté par Barbarin :

A l'opération, le sac est adhérent, rouge, et présente des traces d'inflammation ancienne; dans le sac, on trouve une anse intestinale grêle portant sur son côté interne et sur son bord libre un diverticule très difficile à libérer. L'aspect offert alors par les anses agglutinées rappelle absolument celui d'une appendicite an-

cienne. Le diverticule de Meckel est réséqué, la ligature enfouie dans la paroi intestinale. Je signalerai particulièrement les traces d'inflammation chronique du diverticule et de l'anse qui le portait, inflammation due très probablement à une diverticulite antérieure.

Nous ne pouvons rien dire sur la symptomatologie et le diagnostic de ces hernies : autant de cas observés, autant de formes cliniques, et autant d'erreurs de diagnostic.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Tout diverticule rencontré au cours d'une opération de hernie de Littre sera enlevé, qu'il s'agisse d'une hernie simple du diverticule, d'une hernie étranglée, d'une diverticulite herniaire ou bien encore d'une hernie avec anse et diverticule.

L'absence de tout aspect inflammatoire n'est pas une raison pour préférer à la résection du diverticule une réduction, qui n'est pas sans danger, puisqu'on refoule dans l'abdomen un organe qui a souffert, qui a été plus ou moins traumatisé au cours de l'opération : « Le diverticule est toujours malade, puisqu'il a été serré par un anneau résistant, puisque sa circulation a été entravée, supprimée; en réduisant simplement un tel diverticule, nous risquons le sphacèle et la nécrose. Et en admettant que ce diverticule soit sain et ne produise pendant quelque temps aucune réaction, il risque, un jour, de s'enflammer, de se gangrener, de produire une occlusion intestinale par brides, par adhérences des anses entre elles, par coudure... S'il n'est pas un danger pour le présent, c'est un véritable péril pour plus tard. » (Duprat.)

Dans un cas de Kirmisson, la réduction simple d'un diverticule altéré entraîne la mort du malade. Strohl et Arthur, opérant une hernie crurale étranglée, réduisent, mais les accidents continuent : une nouvelle opération permet d'enlever par résection intestinale un diverticule enflammé.

Dejouany a observé une occlusion intestinale consécutive à la réduction d'un diverticule hernié :

Un cavalier, 23 ans, entre à l'hôpital pour être opéré d'une hernie inguinale droite, grosse comme un œuf de pigeon, réductible. Cure radicale sous cocaïne locale. Le sac contient un corps dur,

allongé, qui donne au doigt l'impression d'un gros appendice hernié. Il s'agit d'un diverticule de Meckel sain dont l'extrémité est légèrement adhérente par sa séreuse au fond du sac; long de 12 centimètres; s'élargit à la base, où il acquiert le volume d'une anse grêle. Résection non faite. Pendant les jours qui suivent, état général satisfaisant, mais cependant hoquet et vomissements bilieux. Bientôt surviennent des contractions péristaltiques, du clapotage. On décide d'intervenir : on trouve alors une invagination complète du diverticule réduit, retourné en doigt de gant; il coude et obture complètement le grêle. A la suite d'une entérectomie pratiquée, le malade guérit. D'où nécessité de pratiquer la résection du diverticule.

Techniques opératoires.

Le chirurgien doit tenir compte :

1° de l'étendue des lésions;
2° du calibre du diverticule et de la largeur de sa base d'implantation sur le grêle.

I. — *Diverticule en apparence sain ou lésions bénignes.*

a) Le diverticule est du calibre d'un appendice cæcal : On pratique alors l'ablation simple avec la même technique que pour un appendice : après écrasement, ligature du diverticule, section au thermocautère, enfouissement en bourse du moignon.

b) Le diverticule a une implantation large. Section du diverticule au ras de son insertion; suture latérale par un surjet, suivie d'enfouissement par deux ou trois points à la Lembert.

II. — *Lésions de la base du diverticule ne s'étendant pas à l'intestin.*

a) Le diverticule est de petit calibre : Le procédé de choix est la résection lozangique. Après avoir pris soin de protéger

la plaie par des champs, on découpe sur l'intestin un losange qui circonscrit la base du diverticule. On ne doit pas suturer longitudinalement, ce qui rétrécirait la lumière du grêle, mais transversalement. On ferme la brèche par deux surjets : l'un total, de rapprochement, le second d'adossement, séro-séreux.

On peut faire le premier surjet en deux temps (Lejars). Pour cela, on commence à l'angle supérieur jusqu'à la partie moyenne, où l'on arrête le fil, puis on reprend à l'angle inférieur, jusqu'à la partie moyenne, et on noue ce second fil à la partie terminale du premier : la tension est de ce fait mieux équilibrée.

Par dessus, on fait un ou deux surjets séro-séreux. L'incurvation de l'intestin est habituellement légère et ne va pas jusqu'à la coudure.

b) Le diverticule a une implantation large : La résection intéresse près de la moitié de la circonférence de l'intestin (résection cunéiforme). La technique opératoire est la même que précédemment, mais ici les dangers de coudure sont beaucoup plus grands et on court le risque d'une occlusion; aussi n'applique-t-on cette méthode que dans certains cas exceptionnels (Perrignon de Troyes et Du Bourguet).

III. — *Lésions diverticulaires s'étendant à l'intestin.*

La résection intestinale suivie d'entéro-anastomose s'impose (résection suivie d'entérorraphie circulaire, ou entérorraphie par anastomose latérale, ou bien encore bouton anastomotique).

La résection intestinale a été utilisée avec succès par Périer, Goumain, Littler, Ramarony, Pollidori, Guimbellot, Pascale.

Kirchmayr a voulu généraliser cette méthode à tous les cas où le diverticule a une implantation large, afin d'éviter une invagination consécutive à la résection diverticulaire. L'ablation de la base du diverticule, très riche en filets ner-

veux, déterminerait une excitation locale intense, et par suite du calibre plus grand de l'anse sus-jacente, l'anse sous-jacente s'y engagerait, entraînant ainai une invagination ascendante.

Cette complication semble cependant trop exceptionnelle pour justifier la généralisation de la résection intestinale, opération nettement plus sérieuse que la simple résection diverticulaire.

IV. — *Lésions très étendues de l'intestin.*

Toute une anse intestinale est sphacélée : On est alors en droit d'extérioriser cette anse (Meyer May).

V. — *Fistule stercorale ancienne.*

Nécessite une laparotomie sous-ombilicale. Après fermeture préliminaire extemporanée de la fistule et dissection de son trajet, on résèque le diverticule à son point d'implantation sur l'intestin.

CONCLUSIONS

I. — La forme la plus fréquente des hernies de Littré est la hernie inguinale droite chez l'homme (50 % des cas); puis vient en second lieu la hernie crurale droite chez la femme (25 % des cas).

II. — La hernie simple du diverticule est une forme rare. Le plus souvent le diverticule est adhérent au sac par son extrémité, ce qui se traduit cliniquement par la présence d'un cordon dur, arrondi, doublant les éléments du cordon inguinal.

III. — La diverticulite herniaire existe; c'est l'inflammation aiguë du diverticule de Meckel à l'intérieur d'un sac de hernie. L'inclusion de corps étrangers se trouve souvent à l'origine de cette inflammation. La diverticulite herniaire se présente avec un minimum de signes cliniques et évolue spontanément vers la fistulisation à la peau.

IV. — L'étranglement diverticulaire est un phénomène mécanique et la diverticulite chronique n'est pas à retenir comme cause prédisposante. Les signes cliniques sont ceux de l'étranglement herniaire : début brusque marqué par de la douleur; irréductibilité soudaine; parfois vomissements; rarement arrêt des matières et des gaz.

V. — Dans les hernies de Littré avec anse intestinale, le diverticule peut jouer un rôle dans le mécanisme de l'étranglement. Il peut être également le point de départ d'une diverticulite herniaire.

VI. — Toute anomalie au niveau d'une hernie qui n'est pas parfaitement réduite (signe du cordon) implique l'intervention.

Toute hernie douloureuse et irréductible est une hernie à opérer d'urgence.

La résection du diverticule est le traitement de choix des hernies de Littré.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,

PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :

Le Président,

G. JEANNENEY.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 17 juin 1942.

L'Inspecteur général de l'Enseignement supérieur,

Recteur de l'Académie,

A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

Alglave. — Présence d'un diverticule de Meckel dans un sac de hernie inguinale gauche réductible mais douloureuse. *Bull. de la Soc. anat.*, juill. 1906, p. 540.

Amyand. — Bibliothèque choisie de médecine, 1759, in-4°, t. V, p. 426.

Annandale. — Meckel's diverticulum in a hernial sac. *Lancet*, 1898, I, p. 725.

Auvray. — Hernie inguinale étranglée. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1905, p. 1015.

Bani. — Occlusione intestinale da diverticolo di Meckel in sacco di ernia inguinale obliqua esterna destra. *Il Policlinico Sez. pratica.*, févr. 1929, an. XXXVI, n° 6, p. 194.

Barnett. — A case of strangulated congenital hernia containing a Meckel's diverticulum. *Lancet*, 1905, t. II, p. 292.

Bettinelli. — Raro reperto erniaro. *Il Policlinico*, 1935, vol. XLII, p. 1396.

Bianchi. — Contribution à l'étude des hernies du diverticule de Meckel. *Gazetta degli Ospedale delle Cliniche*, 10 juill. 1927, an. XCVIII, n° 28.

Blanc. — Pathologie du diverticule de Meckel. Thèse Paris, 1898-1899.

Bland-Sutton. — Médecine moderne, 1896.

Broca (P.). — Des étranglements dans les hernies abdominales et des affections qui peuvent les simuler. Thèse d'agrégation, Paris, 1857.

Broca (A.). — Etranglement ou inflammation du diverticule de Meckel hernié. *Bull. de la Soc. de chir.*, avril 1905, p. 366.

Brunetti. — Ernia strozzata del diverticulo di Meckel. *Giornale veneto di Scienze Mediche*, n° 3, mars 1936, XIV, p. 192.

Carlo. — Contribution à l'étude des hernies du diverticule de Meckel. *Gazetta degli Ospedale delle Cliniche*, 23 oct. 1927.

Cazin. — Etude anatomique et pathologique sur les diverticules de l'intestin. Thèses de Paris, 1862.

Couniot. — Hernie inguinale du diverticule de Meckel. Diverticulite. Phlegmon herniaire. *Bull. de la Soc. nat. de chir.*, 25 nov. 1931, p. 1494.

Cresson. — Un cas de diverticule de l'intestin chez un nourrisson de un mois et demi. *Bull. de la Soc. des chirurgiens de Paris*, 15 oct. 1926, t. XVIII, p. 587.

Dainville et De Gennes. — Diverticule de Meckel contenu dans une volumineuse hernie scrotale. *Bull. de la Soc. anat.*, juill. 1921, p. 376.

Dejouany. — Hernie d'un diverticule de Meckel, occlusion intestinale secondaire. *Bull. de la Soc. nat. de chir.*, 1er juill. 1914, p. 884.

Dimitriu. — Hernie étranglée du diverticule de Meckel. *Spitalul*, juill.-août 1937, t. LVII, nos 7-8, p. 307.

Donati. — Etranglement d'un diverticule de Meckel dans une hernie crurale droite. *Il Policlinico. Sez. Chir.*, 15 juin 1931, p. 279.

Duprat. — Etranglement du diverticule de Meckel dans les hernies crurales. Thèses Toulouse, 1923.

Dutil et Témoin. — Un cas d'étranglement du diverticule de Meckel dans une hernie crurale. *Gaz. méd. de Paris*, 1886, p. 280-282.

Ekehorn. — Die Brüche des Meckel'shen divertikels. *Arch. für Klinishers. Chir.*, Berlin, 1901, LXIV, p. 115-133.

Escher. — Congrès allemand de chirurgie, 1891.

Fantl. — Iléus par hernie de Littre causée par un reste de l'ouraque non oblitérée. *Zentral. f. Chir.*, Leipzig, 16 janv. 1937.

Fèvre. — Manifestations cliniques du diverticule de Meckel. *Gaz. méd. du Sud-Ouest*, 1er avril 1932, n° 7, p. 231.

Fitz-Gérald. — Unusual case of strangulated hernia. *British Medical Journal*, 17 juin 1933, t. I, p. 1053.

Folliasson. — Hernie du diverticule de Meckel. *Bull. de la Soc. de pédiatrie de Paris*, 1932, XXX, p. 487.

Forgue et Riché. — Le diverticule de Meckel. Paris, 1907.

Goumain. — A propos d'un cas d'étranglement du diverticule de Meckel dans une hernie inguinale. *Soc. de chir. de Bordeaux*, 21 févr. 1941.

Grandjean. — Contribution à l'étude des hernies inguinale et crurale du diverticule de Meckel. Thèses Nancy, 1901-1902.

Guichard. — Un cas d'étranglement du diverticule de Meckel dans une hernie crurale. *Loire médicale*, 1910.

Hager. — Ueber die Hernia Littrica. Greifswald, 1884.

Howse. — A case of congenital right inguinal hernia containing a Meckel's diverticulum adherent to the apex of the sac. *Lancet*, 1906, I, p. 224.

Humbert. — Hernie funiculaire du diverticule de Meckel rompue et éviscération consécutive. *Bull. de la Soc. anat.*, oct. 1924, p. 548.

Hustin. — Un cas d'étranglement du diverticule de Meckel seul au niveau d'une hernie crurale. *Journ. de chir.*, Bruxelles, 1910, t. X, p. 381.

Jaboulay. — Etranglement du diverticule de Meckel dans une hernie crurale droite. *Lyon médical*, 1907, t. II, p. 15.

Kirchmayr. — Pathologie et thérapeutique du diverticule de Meckel. *Wiener. Klin. Woch.*, 7 déc. 1922, an. XXXV, n° 49, p. 955.

Kirmisson. — Maladies chirurgicales d'origine congénitale. Masson, 1898, p. 211.

Littler. — Meckel's diverticulum strangulated in a femoral hernia. *British Medical Journal*, 22 mars 1924, p. 517.

Littre. — *Mémoires de l'Académie royale des sciences de Paris*, 1700, p. 300-310.

Mc Glannan. — Meckel's diverticulum. *Surgery, Gynecology, Obstetrics*, 1922, t. XXXV, p. 142.

Marinacci. — Sur une forme rare de hernie de Littre. *Il Policlinico*, 6 avril 1925, p. 487.

Martin. — *Journal de Vandermonde*, 1765, t. XXII, p. 156.

MASON. — Note on association of Meckel's diverticulum with hernia. *Newcastle. M. J.*, avril 1933, t. XIII, p. 73-80.

MATHEWS. — Meckel's diverticulum; a report of twelve cases including one tumor. *Arch. of. Surgery*, mars 1925, vol. X, n° 2, p. 720.

MÉRY. — *Mémoires de l'Académie royale des sciences de Paris*, 1701, p. 273.

MEYER MAY. — Diverticule de Meckel avec ulcère peptique pris dans un sac de hernie inguinale étranglée. *Bull. de la Soc. méd.-chir. de l'Indochine*, oct. 1935, t. XIII, p. 1102.

MICHEL. — Hernies du diverticule de Meckel. *Revue médicale de l'Est*, 1er nov. 1905, p. 643.

MIGNON. — Diverticule de Meckel inclus dans un sac de hernie inguinale droite. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1903, t. XXIX, p. 485.

MILES-F. PORTER. — Abdominal crises caused by Meckel's diverticulum. *Journ. of the Amer. Assoc.*, 23 sept. 1905, t. XLV, n° 13, p. 883.

MINNE et DEBURGE. — Hernie inguinale du diverticule de Meckel. *Echo médical du Nord*, 1934, t. I, p. 741.

MORICE. — Etranglement d'un diverticule de Meckel dans un sac de hernie congénitale avec ectopie testiculaire. *Bull. de la Soc. nat. de chir.*, 25 nov. 1931, p. 1496.

MORICI. — Contribution à l'étude et à la statistique des hernies diverticulaires. *Il Policlinico*, 1922, an. XXIX, fasc. 28, p. 908.

MOUTIER. — Hernie de Littre étranglée. *Bull. de la Soc. anat.*, déc. 1921, p. 533.

MULLER. — Diverticule de Meckel étranglé dans une hernie ombilicale. *Soc. des chir. de Paris*, 4 nov. 1927, t. IXX, p. 639.

PABST. — Ein Meckelsches Divertikel in einer Hernia interparietalis inguinalis incarcerata dextra. *Beitrage zür Klinishen Chir.*, déc. 1910, t. LXIX, p. 646-692.

PAYR. — Ueber Darmdivertikel. *Arch. fur. Klin. Chir.*, Berlin, 1902, t. LXVII, p. 996-1012.

PÉRIER. — Complications du diverticule de Meckel. Thèse Paris, 1938.

Perrignon de Troyes. — Etranglement d'un diverticule de Meckel bourré de corps étrangers dans un sac de hernie inguinale congénitale. *Bull. de l'Acad. de chir.*, 19 mai 1937, t. LXIII, p. 681.

Pollidori. — Hernie étranglée du diverticule de Meckel. *Riforma Medica*, mai 1930, an. XLVI, n° 18, p. 682.

Potier. — Etranglement du diverticule de Meckel dans les hernies crurales. Thèse Paris, 1934.

Quenu. — Diverticule de Meckel contenant un calcul et un corps étranger dans une hernie inguinale. *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1921, p. 206.

Quiri. — Occlusione da diverticolo di Meckel in un sacco di ernia crurale. *Arch. Ital. di Chir.*, 1938, t. LXIV, p. 16-23.

Raesfeld. — De Hernia Littrica. Berolini, 1852.

Reid. — Diverticule de Meckel dans une hernie inguinale étranglée. *British Medical Journal*, 10 mars 1928, t. I, p. 394.

Reverchon. — Hernie étranglée du diverticule de Meckel. *Bull. de la Soc. nat. de chir.*, 25 juin 1913, p. 1008.

Riecke. — Ueber Darmanhangs Brüche. Berlin, 1841.

Ruysch. — Observationum anatomico-chirurgicarum centuria 1698.

— Thesaurus anatomicus septimus. Amsterdam, 1707.

Salmon et Dor. — Les hernies étranglées du diverticule de Meckel. *Arch. de méd. gén. et colon.*, 1933, n° 3 (2e année).

Sapienza. — Di un caso di ernia del diverticolo di Meckel congenita a sede inguinale. *Riv. San. Siciliana.*, 15 août 1933, p. 1248.

Schockaert. — Péritonite par gangrène du diverticule de Meckel hernié et étranglé dans le canal crural droit. *Bruxelles médical*, 18 déc. 1927, n° 7, p. 204.

Sicard et Moure. — Diverticule de Meckel dans une hernie ombilicale récidivée. *Bull. de la Soc. nat. de chir.*, 21 mars 1928, p. 478.

Sinclair. — A note on an unusual hernia. *Lancet*, 1922, t. II, p. 762.

Smith. — Hernia of a diverticulum : a true Littré's hernia. *British Medical Journal*, 1901, t. II. p. 1734.

Strohl et Arthur. — Etranglement du diverticule de Meckel dans une hernie crurale. *Arch. of. Surgery*, 1939, vol. 38, n° 4, p. 783.

Sweet. — Incarcération of Meckel's diverticulum in femoral hernia. *New England Med. Journ.*, 22 mai 1930, p. 997.

Taignon. — *Journal de Vandermonde*, 1760, t. XII, p. 351.

Tedenat. — Hernies diverticulaires étranglées et pincement herniaire. *Montpellier médical*, 1885, IV, p. 407-429.

Von Karajan. — Drei Beiträge zur Pathologie des Ductus omphalomesentericus und des Meckel' shen Divertikels. *Wiener Klin. Woch.*, 1901, XIV, p. 714.

Wallenstein. — Ueber die Hernia Littrica, Giessen, 1868.

Weill. — Hernie étranglée du diverticule de Meckel. Soc. de chir. de Marseille, in *Marseille médical*, 1914, p. 8.

Weinstein. — Hernie crurale étranglée de Littre avec fistule stercorale spontanée. *Annals of Surgery*, 1938, t. CVIII, p. 1077.

21329. — Bordeaux, Imprimeries Delmas, 6, place Saint-Christoly.